

QUESTIONARIO ANAMNESTICO COVID-19--- DATI UTENTI ESTERNI

GENITORE/ACCOMPAGNATORE DI \_\_\_\_\_

DATI GENITORE/ACCOMPAGNATORE:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità

- |   |    |    |
|---|----|----|
| 1. Insorgenza negli ultimi 14 gg di febbre > 37.5°C   | SI | NO |
| 2. Insorgenza negli ultimi 14 gg di uno o più dei seguenti sintomi :  |    |    |
| tosse secca   | SI | NO |
| difficoltà respiratorie   | SI | NO |
| congiuntivite   | SI | NO |
| diarrea   | SI | NO |
| malessere generale marcato  | SI | NO |
| alterazione gusto e/o olfatto   | SI | NO |
| dolori muscolari  | SI | NO |
| mal di gola   | SI | NO |
| 3. Contatto diretto (faccia a faccia) a meno di due metri per almeno 15 min senza uso di DPI con persona affetta da accertata infezione COVID 19 negli ultimi 14 gg | SI | NO |
| 4. Contatto diretto (faccia a faccia) a meno di due metri per almeno 15 min con uso di DPI con persona affetta da accertata infezione COVID 19 negli ultimi 14 gg   | SI | NO |
| 5. Contatto diretto (faccia a faccia) a meno di due metri negli ultimi 14 gg con una o più persone affette da documentata febbre e/o problemi respiratori           | SI | NO |

Il sottoscritto anche ai sensi dell'art. 20 Dlgs 81/08 smi, si impegna a comunicare tempestivamente al medico curante ed al medico competente per quanto di competenza, il sopravvenire di eventuali variazioni, in data successiva alla presente, di una o più delle risposte ai quesiti esposti.

Data \_\_\_\_\_

Firma genitore/accompagnatore  
\_\_\_\_\_