

| Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE | |
|---|---|
| Cognome: | Nome: |
| Struttura di appartenenza: | <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista _____ |
| Data dell'intervista: | Luogo |
| Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato | |
| Cognome | Nome |
| Codice Fiscale | Sesso |
| Data di nascita | Luogo di nascita |
| Comune di residenza | Via |
| Comune di domicilio | Via |
| ASP di residenza | |
| Telefono fisso | Telefono cellulare |
| Indirizzo email | |
| Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test | Contact tracing Screening Altro _____ |
| Sezione 3 – Tipo di esame | |
| Test sierologico tipologia A | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____ |
| Test sierologico tipologia B | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____ |
| Test sierologico rapido | <input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____ |
| Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D) | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____ |
| Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E) | <input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____ |
| Altro test specificare _____ | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____ |
| Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale | |
| Asintomatico <input type="checkbox"/> | |
| Paucisintomatico <input type="checkbox"/> | (Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico) |
| Sintomatico | Data inizio sintomi: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lieve | <input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C |
| <input type="checkbox"/> Severo | <input type="checkbox"/> Dispnea |
| <input type="checkbox"/> Critico | <input type="checkbox"/> Dolori muscolari |
| | <input type="checkbox"/> Mal di gola |
| | <input type="checkbox"/> Alterazione gusto |
| | <input type="checkbox"/> Alterazione olfatto |
| | <input type="checkbox"/> Cefalea, |
| | <input type="checkbox"/> Disturbi intestinali |
| <input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero – Data: _____ | P.O. : _____ |
| <input type="checkbox"/> Deceduto – Data: _____ | |