

**QUESTIONARIO EPIDEMIOLOGICO CLINICO COVID-19  
CON RISCONTRO TELEFONICO**

**DATI DEL PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza via \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. cell \_\_\_\_\_ Numero di conviventi: \_\_\_\_\_

---

**Valutazione epidemiologica di paziente sintomatico  
per affezioni vie respiratorie**

**DATI EPIDEMIOLOGICI**

Esposizione a casi accertati (vivi o deceduti)  Sì  No

Esposizione a casi sospetti o ad alto rischio (casi probabili)  Sì  No

Contatti con persone rientrate da paese/località a rischio  Sì  No

Contatti con familiari di casi sospetti  Sì  No

**DATI CLINICI**

Ha febbre > 37,5°?  Sì  No

Ha tosse?  Sì  No

Ha mal di gola?  Sì  No

Ha rinorrea (Naso che cola)?  Sì  No

Ha congiuntivite e lacrimazione?  Sì  No

Ha difficoltà respiratoria?  Sì  No

Ha mialgie diffuse (dolori muscolari)?  Sì  No

Percepisce poco gli odori e/o i gusti?  Sì  No

Ha avuto negli ultimi giorni diarrea?  Sì  No

Sono consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000; Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs n. 196 del 30 giugno 2003 di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma Operatore:** \_\_\_\_\_

---

Si dichiara che dalla data dell'auto compilazione o della rilevazione telefonica non sono intervenute modificazioni della sintomatologia

**Luogo e data** \_\_\_\_\_ **Firma del paziente:** \_\_\_\_\_