

### Allegato 3 - QUESTIONARIO EPIDEMIOLOGICO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_

1. Dove hai trascorso/stai trascorrendo l'isolamento \_\_\_\_\_  
SI NO
2. Sei entrato/a in stretto contatto (a meno di 2 metri di distanza o in ambiente chiuso come casa, sede di lavoro, mezzo di trasporto) con casi accertati di COVID-19?  
SI NO
3. Hai effettuato il tampone per COVID-19?  
Se Sì, con quale esito? \_\_\_\_\_  
SI NO
4. Sei stato/a sottoposto/a ad un "isolamento domiciliare fiduciario"?  
SI NO
5. Sei stato/a ricoverato/a per infezione da COVID-19 sospetta o accertata?  
SI NO
6. Negli ultimi 60 giorni sei stato ricoverato per una malattia indipendente dal COVID-19?  
Se sì, specifica quale \_\_\_\_\_  
SI NO
7. Negli ultimi 60 giorni hai manifestato uno o più dei seguenti sintomi: febbre, tosse, dispnea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, stanchezza, indolenzimento e dolori muscolari, congestione nasale, naso che cola?  
Se sì, specifica quale/i \_\_\_\_\_  
SI NO
8. Negli ultimi 60 giorni hai avuto necessità di contattare i numeri di emergenza e/o il medico di base e/o il medico sociale per segnalare eventuali sintomi di sospetta infezione da COVID-19?  
SI NO
9. Negli ultimi 60 giorni sei stato/a in una delle zone rosse?  
Se sì, specifica quale \_\_\_\_\_  
SI NO
10. Negli ultimi 60 giorni hai assunto farmaci antivirali o anti-influenzali?  
Se sì, quali? \_\_\_\_\_  
SI NO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_