



Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE			
Cognome TROVATO	Nome MARIA GIUSI		
Struttura di appartenenza /	Medico Infermiere Laboratorista altro BIOLOGO		
Data dell'intervista 30/01/2021	Luogo ZAFFERANA ETNEA		
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		
Telefono Cellulare			
Indirizzo Email	MEDICO		
ASP di residenza /	Telefono Medico		
Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test	Email Medico		
Sintomatico Paucisintomatico Asintomatico	Contact tracing	Screening	_____
Sezione 3 – Tipo di esame NON COMPILARE			
Test sierologico tipologia A	SI	NO	Data _____
Test sierologico tipologia B	SI	NO	Data _____
Test sierologico rapido	ESITO positivo	ESITO negativo	Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D)	SI	NO	Data _____
X Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E)	ESITO positivo	ESITO negativo	Data 30/01/2021
Altro test specificare _____	SI	NO	Data _____
Sezione 4 – Storia clinica			
Alterazioni dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Febbre $\geq 37,5$ °C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Rinorrea (naso colante)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Dispnea (difficoltà respiratorie)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Data inizio _____