

**SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONE DA
CORONAVIRUS/COVID-19**

DATI ANAGRAFICI

Nome _____ Cognome _____

Sesso M ___ F ___ Data di nascita _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

CRITERI EPIDEMIOLOGICI

1) Negli ultimi 14 giorni si è recato in un luogo dove siano stati confermati casi di polmonite da nuovo Coronavirus/Covid19? Si ___ NO ___ NON NOTO ___

Se SI,

Dove _____ data di arrivo _____ data di partenza _____

Dove _____ data di arrivo _____ data di partenza _____

Dove _____ data di arrivo _____ data di partenza _____

Data di arrivo nel Comune di Marciana Marina: _____

2) Negli ultimi 14 giorni è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da nuovo Coronavirus/Covid19? Si ___ NO ___ NON NOTO ___

INFORMAZIONI CLINICHE

Segni o sintomi respiratori: tosse ___ mal di gola ___ difficoltà respiratoria ___

Segni o sintomi sistemici: febbre o febbricola ___ cefalea ___ mialgie ___

malessere generalizzato ___ astenia ___ calo ponderale ___

anoressia ___ confusione mentale ___ vertigini ___