

Poliambulatorio Specialistico  
Diagnostico - Terapeutico  
Dir. San. Dott. Diego Gaspari

**QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TAMPONE RAPIDO COVID-19**

COGNOME	NOME
NATO A	IL

NUMERO DI TELEFONO
MEDICO CURANTE

**INFORMAZIONI GENERALI**

In questo periodo sta lavorando?	SI	NO
Lavora da casa?	SI	NO
Si reca sul posto di lavoro?	SI	NO
E' stato in contatto con persone risultate positive al Covid-19?	SI	NO
In caso positivo ha osservato la quarantena (sono passati almeno 15 giorni dal contatto)?	SI	NO
Ha già Effettuato il tampone rinofaringeo per la ricerca del virus?	SI	NO
In caso affermativo, è risultato positivo?	SI	NO

**SINTOMATOLOGIA**

Ha sintomi influenzali?	SI	NO			
In caso positivo:					
Febbre +37,5	SI	NO	Senso di stanchezza	SI	NO
Tosse	SI	NO	Difficoltà respiratorie?	SI	NO
Raffreddore	SI	NO	Congiuntivite?	SI	NO
Dolori muscolari	SI	NO	Diarrea? (ultimi 15 giorni)	SI	NO
Alterazione gusto/olfatto	SI	NO	Altro da segnalare	SI	NO

**CONSENSO TAMPONE RAPIDO RICERCA ANTIGENE COVID 19**

L'Utente dichiara che le informazioni riportate nel questionario anamnestico rispondono al vero.

Con la sottoscrizione del presente documento, presta il consenso all'effettuazione del test, al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del regolamento EU 679/2016 GDPR e alla trasmissione degli stessi alle autorità sanitarie per le eventuali indagini diagnostiche ed epidemiologiche.

Autorizza inoltre, in caso di positività al tampone, Il Centro Medico Salus ad avvisare immediatamente il Medico di Medicina Generale assegnato e dichiara di seguire le direttive come da Normativa in vigore.

TEST UTILIZZATO:

TAMPONE RAPIDO Abbott Rapid Diagnostics – Jena GmbH

Data

Firma \_\_\_\_\_