



Comune di Grado - Casa di Riposo "Serena"

Grado, ____ / ____ / ____

Gentile visitatore

Al fine di ottemperare alle richieste di legge inerenti alle misure di prevenzione al contagio COVID-19, è richiesta la compilazione del seguente questionario.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO COVID-19

COGNOME e NOME _____

Data e Luogo di nascita _____

DICHIARA

1) Di essere interessato dai seguenti sintomi negli ultimi 15 gg

- Febbre oltre i 37,5°C SI NO
- Tosse secca SI NO
- Mal di gola SI NO
- Difficoltà respiratorie SI NO
- Vomito SI NO
- Diarrea SI NO

2) Di essere stato a contatto di soggetto affetto da COVID-19 negli ultimi 14 gg SI NO

3) Di aver avuto contatto con personale che è stato in CINA negli ultimi 14 gg SI NO

4) Di aver viaggiato in CINA, IRAN, SUD COREA o EUROPA negli ultimi 14 gg SI NO

5) Di aver soggiornato, sia per lavoro sia per motivi personali, nelle aree oggetto odierno di quarantena SI NO

6) Di lavorare presso una clinica, in un ospedale, in una casa di riposo o in un centro di assistenza per anziani SI NO

7) La sua temperatura corporea attuale è fuori norma (maggiore o uguale a 37,5°C) e/o soffre di mal di gola, tosse secca, difficoltà respiratoria, raffreddore o altri sintomi correlati SI NO

Firma del dichiarante