

Questionario Covid-19 per un test striscio

Stiamo tutti cercando di arginare la diffusione del virus Corona. Per raggiungere questo obiettivo, vi chiediamo di compilare il questionario in modo veritiero. Con la vostra firma accettate di ricevere un risultato negativo via SMS o e-mail. L'utente riconosce che uno striscio Corona comporta dei costi a seconda del motivo dello striscio. Vi ringraziamo per il vostro prezioso sostegno.

Cognome:..... **Nome:****Data di nascita:**

Numero di cellulare: **Mail:**

Domande sui sintomi della malattia:

Ha avuto uno dei seguenti sintomi nelle ultime 48 ore (2 giorni)?	Si	No	Se sì - data	Commenti:	
* Tosse (per lo più secca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Sintomi respiratori / respiro affannoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* febbre, sensazione febbrile, dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Improvvisa perdita dell'olfatto e/o del gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
* Dolore toracico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Si	No	Se sì - data	Risultato? Positivo (Rilevamento di Covid-19)	Risultato? Negativo (Nessuna prova di Covid-19)
➤ Siete o siete stati in quarantena o in (auto)isolamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
➤ Ha già fatto un test striscio COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Ha avuto contatti con una persona confermata o sospettata di COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Commenti:	
➤ Se sì - Contatto ravvicinato? Consideratelo come un contatto ravvicinato: Contatto di <1.5m e per >15 minuti, contatto intimo, vivere nella stessa casa, allattare o contatto diretto con secrezioni respiratorie o fluidi corporei senza misure di protezione personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Luogo / Data:

Firma:
Paziente o parenti

Auszufüllen durch Personal:

Temperatur:..... Sauerstoffsättigung:..... Puls:.....

	Ja	Nein	Welche:
• Vorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Noxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ort / Datum: Unterschrift Personal:

Dieses Formular wird eingescannt und bei der Patientenakte abgelegt