QUESTIONARIO RILEVAZIONE SINTOMI COVID-19

Nominativo: _____	**Azienda**: _____
Recapito telefonico lavoratore: _____	**Indirizzo email lavoratore**: _____
Nome di medico medicina generale: _____	**Recapito telefonico del medico**: _____

Ha accusato uno o più dei seguenti sintomi negli ultimi 14 giorni?		
	si	no
Febbre		
Tosse		
Respirazione alterata e affanno		
Dolori muscolo-scheletrici diffusi e malessere		
Mal di testa persistente		
Raffreddore/naso che cola		
Mal di gola		
Arrossamento e bruciore degli occhi persistente		
Diarrea		
Difficoltà o impossibilità a percepire gli odori		
Difficoltà o impossibilità a percepire i sapori		

Si è trovato in una delle seguenti circostanze negli ultimi 14 giorni?		
	si	no
Vive nella stessa casa di un caso di COVID-19?		
Ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano)?		
Ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19? (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)		
Ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti?		
Si è trovato in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri?		
Ha viaggiato in aereo?		

Data……. Firma Lavoratore……..