

QUESTIONARIO DI SCREENING COVID-19  
Ordinanza n. Z00034 del 18/04/2020 – Regione Lazio

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

DOMANDA	RISPOSTA	
	SI	NO
1) Negli ultimi 14 giorni sono comparsi sintomi simil influenzali e/o respiratori: mal di testa, mal di gola, difficoltà respiratorie, raffreddore, tosse secca, dolori muscolari, disturbi degli odori e dei sapori, diarrea, temperatura corporea superiore a 37,5?	SI	NO
2) Ha avuto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19?	SI	NO
3) Negli ultimi 14 giorni ha viaggiato in una zona con elevata incidenza di COVID-19 o ha avuto contatti con qualcuno affetto da sintomi respiratori o in isolamento fiduciario o popolazione a rischio?	SI	NO

Qualora vi siano una o più risposte positive il personale preposto deve contattare la Direzione Sanitaria o il personale sanitario presente in sede.

Data

Firma

\_\_\_\_\_