

# SCHEDA DI AUTOVALUTAZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONE DA CORONAVIRUS/COVID-19

## DATI ANAGRAFICI

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

## CRITERI EPIDEMIOLOGICI

1) Negli ultimi 14 giorni ho soggiornato o sono transitato in zone a rischio epidemiologico, come identificate dall'OMS e dall'ART.1 DPCM 08/03/2020 o in luoghi dove siano stati confermati casi di polmonite da nuovo Coronavirus/Covid19? Si \_\_\_ NO \_\_\_ NON NOTO \_\_\_

**Se SI,**

Dove \_\_\_\_\_ data di arrivo \_\_\_\_\_ data di partenza \_\_\_\_\_

Dove \_\_\_\_\_ data di arrivo \_\_\_\_\_ data di partenza \_\_\_\_\_

Dove \_\_\_\_\_ data di arrivo \_\_\_\_\_ data di partenza \_\_\_\_\_

**Data di arrivo nel Comune di Portoferraio:** \_\_\_\_\_

2) Negli ultimi 14 giorni sono stato a contatto con una persona affetta da polmonite da nuovo Coronavirus/Covid19? Si \_\_\_ NO \_\_\_ NON NOTO \_\_\_

## INFORMAZIONI CLINICHE

**Segni o sintomi respiratori:** tosse \_\_\_ mal di gola \_\_\_ difficoltà respiratoria \_\_\_

**Segni o sintomi sistemici:** febbre o febbre di basso grado \_\_\_ cefalea \_\_\_ mialgie \_\_\_

malessere generalizzato \_\_\_ astenia \_\_\_ calo ponderale \_\_\_

anoressia \_\_\_ confusione mentale \_\_\_ vertigini \_\_\_