

## QUESTIONARIO COVID

<b>Sezione 1 – Dati dell’INTERVISTATORE</b>	
Cognome	
Nome	
<b>Sezione 2 – Storia clinica allo stato attuale</b>	
Alterazioni dell’olfatto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Febbre $\geq 37,5$ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Rinorrea (naso colante)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dispnea (difficoltà respiratorie)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cefalea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**VILAFRANCA TIRRENA,**

**Firma** \_\_\_\_\_

AI SENSI DELL’ART. 46 DPR 28/12/2020 N. 445

DICHIARO

NOME..... COGNOME.....

CODICE FISCALE..... DI ESSERE

NATO/A A..... IL.....

DOMICILIO E/O RESIDENZA.....

DOC. RICONOSCIMENTO N°..... RILASCIATO DA.....

DATA DI SCADENZA..... ASP DI APPARTENENZA.....

EMAIL..... TELEFONO.....

ACCONSENTE all’esecuzione del test antigenico rapido.

ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo,  
al trattamento dei dati persona. Firma del dichiarante

.....

Il dichiarante ha eseguito in data odierna alle ore .....

Presso la Farmacia...BIONDO DOTT.SSA PAOLA..... il test antigenico rapido che ha dato esito:

NEGATIVO

POSITIVO

VILAFRANCA TIRRENA, .....

firma farmacista esecutore.....