

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	Medico Infermiere Laboratorista _____
Data dell'intervista:	Luogo
Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato	
Cognome	Nome
Codice Fiscale	Sesso
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune di residenza	Via
Comune di domicilio	Via
ASP di residenza	
Telefono fisso	Telefono cellulare
Indirizzo email	
CATEGORIA DI APPARTENENZA DEL SOGGETTO SOTTOPOSTO A TEST	Contact tracing Screening Altro _____
Sezione 3 Tipologia dei test effettuati	
Test sierologico tipologia A	SI NO Data _____
Test sierologico tipologia B	SI NO Data _____
Test sierologico rapido tipologia C	ESITO positivo ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D	SI NO Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E	ESITO positivo ESITO negativo Data _____
Altro test specificare _____	SI NO Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	(Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico)
Sintomatico	Data inizio sintomi: _____
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C <input type="checkbox"/> Alterazione gusto
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Alterazione olfatto
<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Dolori muscolari <input type="checkbox"/> Mal di gola
	<input type="checkbox"/> Cefalea, <input type="checkbox"/> Disturbi intestinali
<input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero – Data:	
<input type="checkbox"/> Deceduto – Data:	

Data _____

Firma dell'intervistato _____

Firma del sanitario _____