

Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE	
Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Contact tracing <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Altro _____	
Test sierologico tipologia A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico tipologia B	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico rapido	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E)	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Altro test specificare _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/>	(Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico)
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	Data inizio sintomi: _____
Sintomatico	<input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C <input type="checkbox"/> Tosse Secca
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Mal di gola
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dolori muscolari <input type="checkbox"/> Congestione nasale
<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Mal di gola <input type="checkbox"/> Rinorrea
	<input type="checkbox"/> Alterazione gusto <input type="checkbox"/> Cefalea,
	<input type="checkbox"/> Alterazione olfatto <input type="checkbox"/> Disturbi intestinali
	<input type="checkbox"/> Stanchezza
<input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero Data: _____ P.O. : _____ <input type="checkbox"/> Deceduto – Data: _____	