



Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore

(Allegato 2 ordinanza n. Z00053 del 21.7.2020)

<p>1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON RICORDO</p> <p>Se sì, dove (specificare la/le città o lo/gli stato/i estero/i)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Data permanenza</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Data rientro</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. Hai avuto contatti* con casi accertati Covid-19? *(Per contatto si intende prolungata permanenza in un ambiente chiuso o un contatto a distanza inferiore a 1 metro di durata superiore a 15 minuti senza mascherine)</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>3. Hai avuto contatti* con:</p> <ul style="list-style-type: none">- persone che hanno fatto il tampone?- familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?- persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena?- persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni? <p>*(Per contatto si intende prolungata permanenza in un ambiente chiuso o un contatto a distanza inferiore a 1 metro di durata superiore a 15 minuti senza mascherine)</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4. Hai avuto contatti* con persone che avevano sintomi simil-influenzali (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratorie, congiuntivite, raffreddore)?</p> <p>*(Per contatto si intende prolungata permanenza in un ambiente chiuso o un contatto a distanza inferiore a 1 metro di durata superiore a 15 minuti senza mascherine)</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5. Se hai risposto SI a uno dei precedenti quesiti 2,3,4, si trattava di:</p> <ul style="list-style-type: none">- un tuo familiare convivente?- un collega di lavoro?- persona con cui hai avuto contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, ristorante, feste private, ecc.)?	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>



Ospedale Generale "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli

Casa Generalizia dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio
00186 Roma - Isola Tiberina - Via Ponte Quattro Capi, 39 - Tel 06.68371
Cod. Fisc. 01362340588 / P.IVA 00989031000

6. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al Covid-19 dalla app Immuni?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
7. Hai fatto il tampone per Covid-19?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
8. Se sì, sei risultato positivo?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
9. Sei stato ricoverato e dimesso per Covid-19?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
10. Se sì, sei guarito?	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO
11. Al momento hai i seguenti sintomi? - febbre - tosse - stanchezza - dolori muscolari - difficoltà a respirare - espettorazione - mal di gola - mal di testa - congiuntivite - vomito - diarrea	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO

NOME E COGNOME VISITATORE.....

NOME E COGNOME PAZIENTE RICOVERATO.....

REPARTO DI DEGENZA.....

DATA.....FIRMA DEL VISITATORE.....