

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	Codice CURT
Sesso	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Luogo di nascita	Data di nascita
Comune di residenza	Via
Comune di domicilio	Via
ASP di residenza	
Telefono fisso	Telefono cellulare
Indirizzo e-mail	
CATEGORIA DI APPARTENENZA DEL SOGGETTO SOTTOPOSTO A TEST	<input type="checkbox"/> Contact tracing <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Altro
SEZIONE 3 TIPOLOGIA DEI TEST EFFETTUATI	
Tampone rinofaringeo/biologia molecolare	<input type="checkbox"/> esito positivo <input type="checkbox"/> esito negativo Data _____
Tampone rinofaringeo/rapido	<input type="checkbox"/> esito positivo <input type="checkbox"/> esito negativo Data _____
SEZIONE 4 – STORICA CLINICA	
Ha contratto l'infezione da SARS/COV-2?	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (quando? _____) Data ultimo tampone negativo _____	
SEZIONE 5 – IMMUNIZZAZIONE ATTIVA – TIPOLOGIA VACCINO	
Vaccinato <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si data II vaccinazione _____ indicare quale vaccino	
<input type="checkbox"/> Astrazeneca <input type="checkbox"/> Janssen <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer	
Vaccinato Unica Dose <input type="checkbox"/> SI (Data _____) <input type="checkbox"/> NO	
Dose BOOSTER <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Data esecuzione _____ (indicare quale Vaccino BOOSTER) <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer	
SEZIONE 6 – SINTOMATOLOGIA	
<input type="checkbox"/> Sintomatico (Indicare quali sintomi) <input type="checkbox"/> Asintomatico	
<input type="checkbox"/> Febbre > 37.5 <input type="checkbox"/> Artromialgia <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Mal di gola <input type="checkbox"/> Dispnea <input type="checkbox"/> Sintomi gastrointestinali <input type="checkbox"/> Coliche addominali <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Altro	
Data _____ Firma dell'utente _____ Firma sanitario _____	