

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	Contact tracing Screening Altro
Sezione 3 - Tipo di esame	
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 DI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia EI	<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"/>	
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>	[Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico]
Sintomatico	<b>Data inizio sintomi:</b>
<input type="checkbox"/> Lieve	<input type="checkbox"/> Febbre >37.5 °C
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Dispnea
<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Dolori muscolari
	<input type="checkbox"/> Mal di gola
	<input type="checkbox"/> Alterazione gusto
	<input type="checkbox"/> Alterazione olfatto
	<input type="checkbox"/> Cefalea
	<input type="checkbox"/> Disturbi intestinali
<input type="checkbox"/> Ricovero Ospedaliero - Data:	P.O.:
<input type="checkbox"/> Deceduto - Data:	

Data .....

Firma .....