



QUESTIONARIO ANAMNESTICO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST COVID-19

Il sottoscritto/a _____

Nato/a il ____/____/____ a _____ Prov. (____)

Tel. _____

NOME E COGNOME DEL MEDICO CURANTE _____

INFORMAZIONI GENERALI

In questo periodo sta lavorando?	SI	NO
Lavora da casa?	SI	NO
È stato all'estero dal 01/10/2019?	SI	NO
In caso positivo:		
Dove:	Quando:	
È stato in contatto con un caso probabile o confermato di infezione da Covid-19?	SI	NO
In caso positivo ha osservato la quarantena (sono passati almeno quindici giorni dall'ultimo contatto)?	SI	NO
Ha avuto contatti con persone in quarantena?	SI	NO
Negli ultimi 21 giorni ha eseguito tampone e/o test sierologici per ricerca coronavirus?	SI	NO
In caso affermativo, e risultato positivo?	SI	NO

Al.Ma Control S.r.l.

Direttore Sanitario: Dott.ssa Valentina Badia

☎ 06.9108758

📞 334.1815275

📍 Via Maroncelli, 21 – 00071 Pomezia

🌐 www.almacontrol.it

📘 Al.Ma Control



SINTOMATOLOGIA

Ha sintomi influenzali?				SI	NO
In caso positivo:					
Febbre $\geq 37,5$	SI	NO	Senso di stanchezza	SI	NO
Tosse	SI	NO	Difficolta respiratorie di qualche tipo?	SI	NO
Raffreddore	SI	NO	Congiuntivite?	SI	NO
Dolori muscolari	SI	NO	Diarrea? (ultimi 15 giorni)	SI	NO
Alterazione gusto e/o olfatto	SI	NO	Altro da segnalare	SI	NO
Altro:					

CONSENSO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL TEST COVID-19

Dichiaro che le informazioni riportate nel questionario anamnestico rispondono al vero.

Inoltre dichiaro di aver preso visione dell'informativa completa relativa al test Covid-19 e, con la sottoscrizione del presente documento, presto il consenso all'effettuazione del test, al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 (GDPR) e alla trasmissione degli stessi alle autorità sanitarie competenti per le eventuali indagini diagnostiche ed epidemiologiche.

Pomezia ____/____/____

Firma

Al.Ma Control S.r.l.

Direttore Sanitario: Dott.ssa Valentina Badia

☎ 06.9108758

📍 334.1815275

📍 Via Maroncelli, 21 – 00071 Pomezia

🌐 www.almacontrol.it

📘 Al.Ma Control