

**SCHEDA ANAMNESTICA DI VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE ATTUALE
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITIVE RISCHIO SARS-CoV-2
DA CONSEGNARE AL MEDICO COMPETENTE COORDINATORE ALL'ARRIVO**

NOME

COGNOME

TELEFONO CELL.

ALTRO TEL.

Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi? (SE PRESENTI OCCORRE RIMANERE OBBLIGATORIAMENTE PRESSO LA PROPRIA ABITAZIONE E AVVISARE IMMEDIATAMENTE IL MEDICO DI BASE)

SINTOMI MAGGIORI

- Febbre >37,5° SI NO
- Tosse SI NO

SINTOMI MINORI

- Astenia SI NO
- Mal di gola SI NO
- Mal di testa SI NO
- Congestione nasale SI NO
- Nausea SI NO
- Vomito SI NO
- Perdita di olfatto e gusto SI NO
- Congiuntivite SI NO
- Diarrea SI NO

LINK EPIDEMIOLOGICO

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI COVID 19 (tamponi positivi) SI NO

HA EFFETTUATO VIAGGI NEGLI ULTIMI 40 GIORNI? SI NO

Se sì dove IN PROVINCIA IN REGIONE IN ITALIA ESTERO

Autorizzo espressamente il Medico Competente a comunicare con urgenza i miei recapiti alle strutture sanitarie interessate per l'eventuale esecuzione di test urgenti relativi ALLA CONFERMA DI INFEZIONE DA SARS-COV-2

FIRMA LEGGIBILE

il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno del Luogo di Lavoro ed autorizzo il Medico Competente all'esecuzione di accertamenti diagnostici e/o all'acquisizione degli stessi eventualmente disposti.

Autorizzo il Medico Competente al trattamento dei miei dati relativi allo stato di salute contenuti in questa scheda ed all'inserimento della stessa nella cartella sanitaria personale ai sensi delle normative vigenti in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro.

data _____

FIRMA LEGGIBILE _____