

## Modello

### Questionario anamnestico specifico per il coronavirus

**Cognome:** ..... **Nome:** ..... **Data di nascita:** .....

Si sente male o ha la febbre? sì/no

Ha disturbi alle vie respiratorie?  
(tosse, raucedine, insufficienza respiratoria ecc.) sì/no

Presenta uno dei seguenti sintomi sospetti? sì/no (segnare ciò che fa al suo caso)

- Perdita dell'olfatto e del gusto
- Raffreddore
- Mal di gola
- Mal di testa, dolori muscolari e articolari da meno di due settimane
- Vomito e diarrea negli ultimi giorni

Nelle ultime due settimane è entrato/entrata in contatto con una persona contagiata dal coronavirus? sì/no

Qualcuno del suo nucleo familiare è malato? sì/no

#### Osservazione

Per le persone particolarmente a rischio (i cosiddetti pazienti a rischio) continua a valere la raccomandazione dell'UFSP di rimanere il più possibile a casa.

**Luogo:** ..... **Data:** .....

Firma del/della paziente: .....