

Poliambulatorio Espressione Srl

via Luigi Negrelli 21

47042 Cesenatico

P.IVA 03801900402

Aut.san. Prot. n° 0044070/2019 del 30/10/2019

Dir. san. Dott. Enrico Tiozzi Albo O.M. FC nr. 2927

NOME _____ COGNOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

NUMERO DI CONVIVENTI _____

VALUTAZIONE CLINICA

HA AVUTO IL COVID? SI NO

HA GIA' AVUTO RISPOSTA NEGATIVA DAL TAMPONE? SI NO

NEGLI ULTIMI 14 GIORNI HA AVUTO/HA ATTUALMENTE

- FEBBRE ? SI NO
- TOSSE NON DOVUTA AD ALLERGIE STAGIONALI? SI NO
- DIFFICOLTA' RESPIRATORIE O FIATO CORTO? SI NO
- MALESSERE, CEFALEA SI NO
- CONGIUNTIVITE SI NO
- VOMITO E/O DIARREA SI NO
- ALTERAZIONI DEL SENSO DEL GUSTO E DELL'OLFATTO? SI NO

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO:

SI NO NON NOTO

SE SI SPECIFICARE PAESE _____

DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO ____/____/____

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti)

SI NO

ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI)

SI NO

CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO

SI NO

CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI

SI NO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nel cv ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196

"Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

LUOGO E DATA

FIRMA LEGGIBILE