

**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 \_\_\_\_\_