



**Sezione 1 – Dati dell'INTERVISTATORE**

Cognome:	Nome:
Struttura di appartenenza:	<input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> Laboratorista _____
Data dell'intervista:	Luogo

**Sezione 2 - Dati del soggetto esaminato**

Cognome	Nome
Codice Fiscale	Sesso
Data di nascita	Luogo di nascita
Comune di residenza	Via
Comune di domicilio	Via
ASP di residenza	
Telefono fisso	Telefono cellulare
Indirizzo email	

Categoria di appartenenza del soggetto sottoposto a test  Contacttracing  Screening  Altro \_\_\_\_\_

- Pronto soccorso  Enna  Leonforte  Nicosia  Piazza Armerina
- Utenti che devono essere sottoposti a DH, DS, DSAO  Enna  Leonforte  Nicosia  Piazza Armerina
- Migranti nei centri di accoglienza di \_\_\_\_\_
- Personale e/o studenti Istituti scolastici di ogni ordine e grado, ivi compresa l'Università \_\_\_\_\_
- Personale e/o utenti di comunità, aziende, uffici pubblici \_\_\_\_\_
- Personale ASP  Enna  Leonforte  Nicosia  Piazza Armerina  operatore sanitario

Test sierologico tipologia A	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico tipologia B	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Test sierologico rapido	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Tampone rinofaringeo in biologia molecolare, tipologia D)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____
Tampone rinofaringeo rapido qualitativo su card, tipologia E)	<input type="checkbox"/> ESITO positivo <input type="checkbox"/> ESITO negativo Data _____
Altro test specificare _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Data _____

**Sezione 4 – Storia clinica allo stato clinico attuale**

Asintomatico  Paucisintomatico

Sintomatico	(Indicare solo se Paucisintomatico o Sintomatico)	
<input type="checkbox"/> Lieve	Data inizio sintomi: _____	
<input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Febbre > 37.5°C	<input type="checkbox"/> Tosse Secca
<input type="checkbox"/> Critico	<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Mal di gola
	<input type="checkbox"/> Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> Congestione nasale
	<input type="checkbox"/> Mal di gola	<input type="checkbox"/> Rinorrea
	<input type="checkbox"/> Alterazione gusto	
	<input type="checkbox"/> Alterazione olfatto	
	<input type="checkbox"/> Cefalea,	
	<input type="checkbox"/> Disturbi intestinali	
	<input type="checkbox"/> Stanchezza	

Ricovero Ospedaliero – Data: \_\_\_\_\_ P.O.: \_\_\_\_\_

Deceduto – Data: \_\_\_\_\_