

Sezione 1 -		Dati del soggetto esaminato	
Cognome:		Nome:	
VACCINATO/A x COVID		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
HA CONTRATTO IL COVID ?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> in data (mese/anno)	
Codice Fiscale		Sesso	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Comune di residenza		Via	
Comune di domicilio		Via	
Indirizzo email		ASP di residenza	
Telefono fisso		Telefono cellulare	
Categoria di appartenenza del paziente		Tracciamento contatto <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	
Sezione 2 -		Esame da eseguire	
Tampone molecolare		<input type="checkbox"/>	
Tampone rapido/antigenico		<input type="checkbox"/>	
Sezione 3 -		Storia clinica allo stato clinico attuale	
Asintomatico <input type="checkbox"/>			
Paucisintomatico <input type="checkbox"/>			
Sintomatico lieve <input type="checkbox"/> severo <input type="checkbox"/> critico <input type="checkbox"/>			
Alterazioni del gusto	SI	NO	Dispnea (difficoltà respiratorie) SI NO
Febbre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$	SI	NO	Diarrea SI NO
Stanchezza	SI	NO	Cefalea SI NO
Dolori muscolari	SI	NO	Disturbi intestinali SI NO
Mal di gola	SI	NO	Rinorrea (naso colante) SI NO
Tosse secca	SI	NO	Alterazioni dell'olfatto SI NO
Congestione nasale	SI	NO	Altro SI NO