

Questionario informativo per la prevenzione dell'infezione coronavirus

NEGLI ULTIMI 14 GIORNI:

- _____ °C
1. Ha la febbre o ha avuto la febbre?
SI () NO ()
 2. Ha avuto insorgenza recente di problemi respiratori, tosse, difficoltà respiratoria, diarrea, congiuntivite, alterazione di gusto e/o olfatto, spossatezza, eruzioni cutanee ?
SI () NO ()
 3. Ha soggiornato in paesi "a rischio" dell'Unione Europea (Croazia, Grecia, Malta, Spagna)?
SI () NO ()
 4. Se sì, come è risultato al tampone obbligatorio?
POSITIVO () NEGATIVO ()
 5. Ha soggiornato in aree a rischio del nostro Paese o di altri Paesi?
SI () NO ()
 6. Ha fatto il tampone e se sì come è risultato?
POSITIVO () NEGATIVO ()
 7. È entrato in contatto con un paziente con infezione confermata SARS-CoV-2 ?
SI () NO ()
 8. È entrato in contatto con persone che provengono dalle aree in Italia o all'estero con alta incidenza di contagio, con febbre o problemi respiratori documentati ?
SI () NO ()
 9. Vi sono almeno due persone con esperienza documentata di febbre o problemi respiratori in stretto contatto con lei?
SI () NO ()

AIO
Associazione
Italiana
Odontoiatri

Via Valdieri, 32
10138 Torino

T +39 011 4343824
F +39 011 4301932

www.aio.it
segreteria@aio.it

NOME _____ COGNOME _____

Data _____ Firma LEGGIBILE _____