



## QUESTIONARIO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI

(da compilare prima della seduta)

**NOME E COGNOME:**

---

- |                                                                                      |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| -Ha avuto COVID 19?                                                                  | SI | NO |
| -Se la risposta è SI ed è guarito, (tampone negativo?)                               | SI | NO |
| -E' in quarantena?                                                                   | SI | NO |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19?           | SI | NO |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?                 | SI | NO |
| -Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio?                      | SI | NO |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone provenienti da aree a rischio? | SI | NO |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?                           |    |    |
| • Febbre/febbre                                                                      | SI | NO |
| • Tosse e/o difficoltà respiratorie                                                  | SI | NO |
| • Malessere, astenia                                                                 | SI | NO |
| • Cefalea                                                                            | SI | NO |
| • Congiuntivite                                                                      | SI | NO |
| • Sangue da naso/bocca                                                               | SI | NO |
| • Vomito e/o diarrea                                                                 | SI | NO |



**Direttore Sanitario Zermoglio Dr. Lorenzo**

Via Zenson di Piave, 2/A-31100 Treviso (TV)  
Tel. 0422 540115 Fax. 0422 540631  
e-mail : amministrazione@studiozermoglio.it  
Partita Iva e CF: 04826840268



- |                                        |    |    |
|----------------------------------------|----|----|
| • Inappetenza/anoressia                | SI | NO |
| • Confusione/vertigini                 | SI | NO |
| • Perdita/alterazione dell'olfatto     | SI | NO |
| • Perdita di peso                      | SI | NO |
| • Disturbi dell' olfatto e o del gusto | SI | NO |

DATA \_\_\_\_\_

Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore

\_\_\_\_\_