



Direzione Medica Ospedaliera

**LINEE GUIDA PER L'ACCESSO ALL'AOU
OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA E
GESTIONE DEI PAZIENTI AMBULATORIALI
NELLE AREE COVID FREE**

PO.01
REV. 00
Del 08/05/2020
Pagina 11 di 16

Allegato 4: Questionario da compilare prima di accedere all'ambulatorio

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

1	Ha avuto una diagnosi di COVID 19?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2	Se la risposta è SI è guarito? (2 tamponi negativi nelle 24 ore?)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3	È in quarantena?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4	Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5	Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6	Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7	• Febbre/febbriola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
8	• Tosse e/o difficoltà respiratorie	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9	• Malessere, astenia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
10	• Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
11	• Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
12	• Sangue da naso/bocca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
13	• Vomito e/o diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
14	• Inappetenza/anoressia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
15	• Confusione/vertigini	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
16	• Perdita/alterazione dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
17	• Perdita di peso	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
18	• Disturbi dell'olfatto e o del gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Lo specialista in base alle informazioni inserite valuta il rapporto rischio beneficio al fine di decidere la possibilità di un eventuale posticipo della prestazione.

T° Corporea rilevata _____

DATA _____

Firma del paziente o soggetto legittimato/genitore se minore
