

Questionario medico

Gentile Cliente, ho bisogno delle seguenti informazioni sanitarie, molto utili per determinare il carattere di urgenza della prestazione, il rischio sanitario e come gestirlo più opportunamente.

La prego di leggere e compilare con attenzione.

Cognome e Nome:

Età:

Cell:

Motivo della visita:

ANAMNESI COVID

Ho avuto, negli ultimi 2 mesi, qualcuno dei seguenti sintomi?

Febbre >37° Tosse Dispnea (mancanza di fiato/oppresione toracica)
 Cefalea Torocodina (dolori al torace o al polmone) Rinite (raffreddore)
 Mal di gola Congiuntivite Mialgie (dolori muscolari)
 Dolori intensi alle gambe Rash cutanei Alterazioni all'olfatto
 Alterazioni del gusto Sintomi intestinali (diarrea, crampi, nausea, vomito)
 Spossatezza Altro

Ha avuto diagnosi di Covid confermata da tampone? si no

Quando si è negativizzato il tampone?

È stato inserito dal medico di famiglia nel portale dei "cl clinicamente" Covid (sospetti Covid)? si no

Esposizione a rischi di contagio:

È entrato in contatto con un paziente Covid certo o sospetto? si no
 Quando?

ANAMNESI/MALATTIE

Nessuna malattia pregressa o in terapia

Presenta infezioni cutanee o problemi infiammatori (herpes, acne, ecc.) si no

Soffre di artrite reumatoide o altre malattie autoimmuni? si no

Cardiopatologia o difetti di conduzione cardiaca? si no

Quali?

Ipertensione in terapia Diabete Altre malattie. Quali?

Ha mai avuto crisi allergiche/anafilassi? si no

Descriva:

Soffre di allergie? si no Quali?

FARMACI

Attualmente sta eseguendo qualche trattamento medico? si no

Quale?

Sta assumendo steroidi, FANS, aspirina o anticoagulanti (warfarin, ecc.) si no

Quali?

STILE DI VITA

Ho rispettato le regole di sicurezza del DPCM 8 Marzo 2020 (evitare di uscire dalla propria abitazione durante il lockdown; mantenere la distanza interpersonale di almeno 1 metro; indossare la mascherina fuori dal domicilio; evitare di toccarsi il viso; lavare le mani con acqua e sapone o soluzione idroalcolica; evitare abbracci e strette di mano etc.)?

si no

Violazioni:

Lockdown: da solo con 1 o più conviventi

Ha lavorato? no smart-working regolarmente

Esposizione al VDT: <4 ore >4 ore astenopia

Sono consapevole che in Italia è stata dichiarata l'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus Covid-19 e che le dichiarazioni rese nel presente Questionario sono necessarie al fine di tutelare la mia salute e la salute dei professionisti e degli altri pazienti che frequentano lo Studio medico. Dichiaro, pertanto, di aver comunicato in maniera corretta, completa e non omissiva, anche in sede di colloquio, tutte le informazioni richiestemi e comunque tutto quanto a me noto circa il mio stato di salute e tutto quanto da me ritenuto rilevante e/o richiesto dal medico.

MI IMPEGNO A COMUNICARE SENZA INDUGIO ALLO STUDIO IL CASO IN CUI DOVESSI PRESENTARE, NEI QUINDICI GIORNI SUCCESSIVI ALLA DATA ODIERNA, QUALUNQUE DEI SINTOMI INDICATI E IN OGNI CASO SE RISULTASSI POSITIVO AL Co.Vi.D 19.

ATTENZIONE: INDICAZIONI E PRATICHE COMPORTAMENTALI

- Data la modalità predominante di trasmissione di Covid-19, attraverso la via aerea e il contatto, si raccomanda di presentarsi in ambulatorio da soli, all'orario indicato, muniti di **mascherina** certificata (senza valvola) e **guanti** (mani senza monili/gioielli). E' necessario inoltre un sacchettino per eventualmente riporre la mascherina. E' tassativamente vietato appoggiare quest'ultima su alcuna superficie.

- Le chiedo di controllare la sua registrazione sul mio sito: [accedi al sito](#). Verifichi che nella sezione "Il mio account" la casella che mi autorizza ad inviarle il promemoria della visita risulti spuntata.

Data:

Firma del Paziente o del Genitore
o Tutore in caso di minorenni

Firma del Medico che ha raccolto il
consenso e fornito le informazioni

