

|   |   |                          |                          |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>DATI ANAGRAFICI</b>  | COGNOME _____ NOME _____  |                          |                          |
|   | DATA DI NASCITA _____ SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>   |                          |                          |
|   | CODICE FISCALE _____  |                          |                          |
|   | RESIDENZA _____   |                          |                          |
|   | TELEFONO _____  |                          |                          |
|   | NOTE _____  |                          |                          |
| <b>DESCRIZIONE CASO</b>   |   | <b>SI</b>                | <b>NO</b>                |
|   | SOGGETTO TAMPONE POSITIVO A COVID-19 in data _____  | <input type="checkbox"/> |                          |
|   | PRESENZA ANTICORPI IgM  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | PRESENZA ANTICORPI IgG  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | SOGGETTO A PERIODO DI QUARANTENA PERCHE' CONTATTO STRETTO<br>CON TAMPONE  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | SENZA TAMPONE   | <input type="checkbox"/> |                          |
|   | AUTOSUFFICIENZA NELLE ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA<br>SOGGETTO COLLABORANTE<br>(ASSENZA DI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO /PATOLOGIE PSICHIATRICHE) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | SINTOMI RESPIRATORI   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | QUALI   |                          |                          |
|   | TEMPERATURA CORPOREA _____ °C   | SpO <sub>2</sub> _____ % |                          |
| FREQUENZA RESPIRATORIA _____ atti/minuto  | OSSIGENO TERAPIA _____ Lt/minuto  |                          |                          |
| <b>Altre PATOLOGIE CRONICHE presenti</b>  |   |                          |                          |
|   |   |                          |                          |
|   |   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> <b>URGENTE</b>   |   |                          |                          |
| _____   |   |                          |                          |
| Obbligatoriamente indicare le motivazioni   |   |                          |                          |
| <b>Si certifica che il paziente è asintomatico/paucisintomatico, autosufficiente / con minima richiesta di assistenza</b> |   |                          |                          |
| <b>firma</b> _____  |   |                          |                          |
| <b>CONTATTI RICHIEDENTE</b>   |   |                          |                          |
| mail:   |   |                          |                          |
| telefono:   |   | Qualifica Richiedente    |                          |
| DATA RICHIESTA  |   | NOMINATIVO RICHIEDENTE   |                          |