CDR
STUDI MEDICI

Viale Marconi 218
09131 Cagliari
www.cdrstudimedici.it

SCHEDA ANAMNESTICA di verifica sintomi e contatti a rischio di contagio per il virus COVID-19

Il sottoscritto _____ nato il _____

telefono _____ e-mail _____

Dichiara e sottoscrive quanto segue, barrando la risposta giusta:

Presenta febbre superiore a 37,4 tosse, difficoltà respiratoria, perdita del gusto o dell'olfatto, mal di gola, rinite, dolori muscolari, vomito, diarrea, mal di testa?	si	no
E' attualmente in isolamento domiciliare o in quarantena?	si	no

Per ridurre il rischio di diffondere o contrarre il virus COVID-19 durante l'accesso alla struttura sanitaria, accetta di sottoporsi alla misurazione della temperatura, di igienizzare le mani, di mantenere il distanziamento e di indossare correttamente la mascherina protettiva per tutta la permanenza nella struttura.

Data _____ Firma _____

Nota Bene: se ha risposto si ad una di queste domande **NON DOVRA'** presentarsi alla struttura perché l'esame verrà differito, ma dovrà contattare il medico di medicina generale per i provvedimenti necessari.