

Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore

<p>1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p>Se sì, Dove (specificare la/le città o lo stato estero/gli stati esteri)?</p> <p>_____</p> <p>Data inizio permanenza</p> <p>_____</p> <p>Data di rientro:</p> <p><input type="checkbox"/> NON RICORDO</p>
<p>2. Hai avuto contatti* con casi accertati di COVID-19? *(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>3. Hai avuto contatti* con:</p> <ul style="list-style-type: none">i. persone che hanno fatto il tampone?ii. familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?iii. persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena?iv. persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni? <p>*(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI, SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>4. Hai avuto contatti con persone che avevano sintomi simil-influenzali? (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratorie, congiuntivite, raffreddore)</p> <p>*(PER CONTATTO SI INTENDE PROLUNGATA PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO O UN CONTATTO A DISTANZA INFERIORE AD UN METRO DI DURATA SUPERIORE A 15 MINUTI, SENZA MASCHERINE)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>

<p>5. Se hai risposto SI ad uno dei precedenti quesiti 2, 3, 4, si trattava di:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. un tuo familiare convivente? ii. un collega di lavoro? iii. persona con cui hai avuto contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, altro) (ristorante, pub, feste private, ecc)? 	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p> <p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>6. Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al COVID-19 dalla app IMMUNI?</p>	<p>NO <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Hai fatto il tampone per COVID-19?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>8. Se sì, sei risultato positivo? (se no, non rispondere)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>9. Sei stato ricoverato e dimesso per COVID-19?</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>10. Se sì, sei guarito? (se no, non rispondere)</p>	<p><input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ</p>
<p>11. Al momento hai i seguenti sintomi?</p> <ul style="list-style-type: none"> i. febbre ii. tosse iii. stanchezza iv. dolori muscolari v. difficoltà a respirare vi. espettorazione vii. mal di gola viii. mal di testa ix. congiuntivite x. vomito xi. diarreha xii. perdita di gusto e/o di olfatto 	<ul style="list-style-type: none"> i. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ ii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ iii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ iv. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ v. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ vi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ vii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ viii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ ix. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ x. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ xi. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ xii. <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÌ