



Nome		Cognome	
Comune residenza		Via	
Nato/a a		Data nascita	
Numero cellulare		e-mail	
Cod Fiscale			

CRITERIO 1 (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)		
PRESENZA DI SINTOMI MAGGIORI (almeno uno)		
Febbre >37,5°	SI	NO
Tosse	SI	NO
Difficoltà a respirare	SI	NO
Data di insorgenza dei sintomi: _____ / _____ / _____		
CRITERIO 2 (i sintomi di seguito riportati non devono essere riconducibili a eventuali patologie di base)		
PRESENZA DI SINTOMI MINORI (almeno due)		
Rinite (raffreddore, mal di gola,...)/Faringodinia (difficoltà a deglutire)	SI	NO
Congiuntivite	SI	NO
Mialgia/astenia (dolori muscolari, debolezza)	SI	NO
Nausea/vomito/diarrea	SI	NO
Disosmia/disgeusia (alterazione olfatto/gusto)	SI	NO
Data di insorgenza dei sintomi: _____ / _____ / _____		
CRITERIO 3 SITUAZIONI EPIDEMIOLOGICHE (almeno uno)		
Isolamento fiduciario domiciliare in atto	SI	NO
Nei 14 giorni precedenti: (almeno uno)		
Hanno soggiornato o transitato in paesi con elevate incidenza di Covid-19	SI	NO
Contatto stretto con caso confermato di Covid-19	SI	NO
Decesso di familiare o convivente per cause inspiegate	SI	NO
Accesso in ospedale, pronto soccorso o reparto ospedaliero con casi accertati di Covid-19	SI	NO
Provenienza da struttura residenziale con casi accertati o sospetti di Covid-19	SI	NO
Ha già effettuato un tampone	SI	NO
Esito tampone	<input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/> POSITIVO	

Consapevole della responsabilità derivante da un'attestazione mendace, dichiaro che i dati riportati nella presente scheda sono veritieri e di essere asintomatico

Data /01/2022

Firma del genitore

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il trattamento delle informazioni che La riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. Consenso Informato

– Prima di prestare il suo consenso all'esecuzione del tampone o del prelievo ematico presso questo Centro Diagnostico, con l'apposizione della sua firma, la invitiamo a prendere visione di quanto di seguito indicato come possibile complicazione della suddette procedure invasive. Il prelievo ematico può provocare effetti collaterali come gonfiore, piccole lesioni, ematoma od infezione nel punto di prelievo, vertige o sindrome neurogena. Il tampone non ha controindicazioni

Data /01/2022

Firma del genitore.....

Non compilare

ad uso interno: nr.

Esito tampone

..... NEGATIVO

..... POSITIVO