

INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA CONTATTO COVID 19 Anno: _____ Data rilevazione: ___/___/_____ 1.

DATI ANAGRAFICI ED ANAMNESTICI

N° ID: _____ Sesso: M F

Cognome e nome: _____ Data di nascita: ___/___/_____

Codice fiscale: _____ Nazionalità _____

Residenza: _____

Domicilio (se differente da residenza): _____

Attività lavorativa: _____

MMG/PLS: N tel: _____ e-mail: _____

Patologie croniche: No

- Sì quali: Malattie cardiovascolari Diabete mellito Malattie respiratorie croniche Neoplasia HIV/altri deficit immunitari Obesità Malattie renali Malattie metaboliche Malattie epatiche Malattie neurologiche
- Altro: _____

2. NOTIZIE SU CONTATTO E DECORSO PATOLOGIA

1. Ultimo contatto con il caso- Data di contatto: ___/___/_____

2. Luogo e circostanza del contatto: _____

3. Tipologia di relazione con il caso: _____

4. Coabitazione con il caso: No Sì

5. Data eventuale insorgenza sintomi: ___/___/_____

6. Data eventuale richiesta tampone: ___/___/_____ Data esecuzione eventuale tampone positivo: ___/___/_____

7. Data ed esiti eventuali tamponi successivi: ___/___/_____ ___/___/_____

8. Stato: Ricovero Data: ___/___/_____ Domicilio Altro: _____

9. Data inizio quarantena: ___/___/_____ Data fine quarantena: ___/___/_____

10. Evoluzione clinica: _____

11. Data guarigione (se positivo): ___/___/_____

12. Altri dati/note: _____