

QUESTIONARIO CLINICO/ANAMNESTICO di ACCETTAZIONE Rev. 26/02/20

| | | | |
|-----------|----|----------------------|--|
| Cognome | | Nome | |
| Nato/a | il | Residente a: Via: | |
| Telefono: | | Email: | |

La dichiarazione sottostante rimarrà strettamente confidenziale fra il medico e il paziente.

| | | | |
|---|---|------------------------------------|----------|
| 1) Ha recentemente fatto viaggi da e per, o è stato presso, Cina, e comuni a rischio Coronavirus individuati dalle competenti autorità? | si | no | |
| 2) Ha conviventi che abbiano effettuato viaggi nei luoghi di cui al punto precedente? | si | no | |
| 3) Ha ricevuto comunicazione da parte delle autorità competenti in merito, o è a conoscenza di essere stato in contatto stretto con una persona affetta o sospettata di essere stata contagiata da nuovo Coronavirus? | si | no | |
| 4) Ha avuto negli ultimi 15 giorni un rialzo febbrile, tosse o altri sintomi a carico dell'apparato respiratorio? | si | no | |
| 5) Ritiene di essere in buona salute? | si | no | |
| 6) La sua pressione è generalmente | alta | bassa | regolare |
| 7) E' in stato di gravidanza? | si | no | |
| 8) Soffre di malattie infettive acute o croniche? | si | no | |
| 9) Soffre di malattie contagiose della pelle (micosi, herpes)? | si | no | |
| 10) Prende medicine per: (barrare le caselle inerenti) | | | |
| a) pressione alta <input type="checkbox"/> | b) diabete <input type="checkbox"/> | compresse <input type="checkbox"/> | |
| | | insulina <input type="checkbox"/> | |
| c) ipercolesterolemie <input type="checkbox"/> | d) asma / BPCO <input type="checkbox"/> | | |
| e) aritmie cardiache <input type="checkbox"/> | f) epilessia o convulsioni <input type="checkbox"/> | | |
| 11) Sta assumendo COUMADIN, SINTROM, PLAVIX o altre medicine per fluidificare il sangue? | si | no | |
| 12) Soffre di malattie cardiache o è portatore di pace-maker o defibrillatore impiantabile? | si | no | |
| 13) Soffre di malattie circolatorie venose o arteriose? | si | no | |
| 14) Soffre o ha sofferto di malattie tumorali? | si | no | |
| 15) Soffre di malattie neurologiche (TIA, esiti di ictus, aneurismi cerebrali, Parkinson)? | si | no | |
| 16) soffre di malattie renali gravi? | si | no | |
| 17) soffre di malattie autoimmuni? | si | no | |
| 18) ha subito interventi chirurgici meno di 6 mesi fa? | si | no | |
| 19) ha subito interventi alla colonna vertebrale o alle articolazioni, soffre di osteoporosi grave o ha ernie discali? | si | no | |
| 20) Soffre di allergie? Se si specificare a cosa: | si | no | |
| 21) Desidera segnalare altro non sopra menzionato? | si | no | |

Dichiaro che quanto ho scritto corrisponde al vero in conformità all'art. 1 della legge 724/94 e successive modificazioni ed a conoscenza delle sanzioni previste dagli art.494 e 496 del codice penale per il reato di sostituzione di persona e di dichiarazione mendace.

| | |
|--------------|----------------|
| Riccione, il | Il dichiarante |
|--------------|----------------|