

**QUESTIONARIO DI VERIFICA SINTOMI E CONTATTI A RISCHIO COVID-19  
SOGGETTI CHE SI SOTTOPONGONO AL TAMPONE RAPIDO**

Farmacia	Farmacia Garella di Garella dott.ssa Laura
Indirizzo e CAP della farmacia	Via Pinerolo, 22 - 10060 - Bibiana - TO

**Questionario da somministrare il giorno in cui il paziente si sottopone al tampone rapido**

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a il  
...../...../..... tel. / cell. ...., dichiara e sottoscrive  
quanto segue:

Negli ultimi <b>14 giorni</b> è comparsa una febbre superiore a 37,5°C?	<input type="radio"/> <b>Sì</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
Negli ultimi <b>14 giorni</b> sono comparsi sintomi influenzali quali mal di gola, dolori muscolari diffusi, vomito, diarrea, mal di testa, congiuntivite ( <i>almeno 2 sintomi</i> )?	<input type="radio"/> <b>Sì</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
Negli ultimi <b>14 giorni</b> ha avuto contatti stretti con una persona positiva al coronavirus?	<input type="radio"/> <b>Sì</b> <input type="radio"/> <b>No</b>
Negli ultimi <b>14 giorni</b> ha avuto contatti stretti con una persona sospetta per coronavirus in attesa dell'esito del tampone?	<input type="radio"/> <b>Sì</b> <input type="radio"/> <b>No</b>

**Data compilazione** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL PAZIENTE** \_\_\_\_\_