

**Dipartimento di Prevenzione**

## ALLEGATO 1 - Questionario per positivo

Il presente questionario deve essere inviato a: **igiene sanitapubblica@ausl.latina.it** con indicato in oggetto il nome e cognome del positivo e il comune di domicilio (Es. Mario Rossi – Terracina) **insieme all'autodichiarazione e al documento d'identità** (allegato 2) in unica email.

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

Ha scaricato **APP IMMUNI** ? \_\_\_\_ (si/no) – **se SI inserire in oggetto anche “immuni”** – (es. Mario Rossi – Terracina – IMMUNI)

Ha MMG nella provincia di Latina? \_\_\_\_ (si/no)

Se sì, indicare NOME COGNOME \_\_\_\_\_

Perché ha fatto il tampone?

- Avevo sintomi
- Screening
- Sierologico pos
- Rientro estero
- Pre-ospedalizzazione
- Ingresso struttura
- Contatto con soggetto positivo-sospetto: **IMPORTANTE!!!** indicare il nome del contatto

luogo \_\_\_\_\_ data ultimo contatto \_\_\_\_\_

### **STORIA CLINICA:**

Ha o ha avuto sintomi? \_\_\_\_\_ (si/no) Se sì, specificare anche eventuali sintomi avuti negli ultimi 14 gg

| Segni e sintomi rilevanti | ✓                        | Data esordio | ✓                           | Data esordio             |       |
|---------------------------|--------------------------|--------------|-----------------------------|--------------------------|-------|
| Artralgia/Artrite         | <input type="checkbox"/> | _____        | Ipertransaminasemia         | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Astenia                   | <input type="checkbox"/> | _____        | Linfoadenopatia/linfadenite | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Cefalea                   | <input type="checkbox"/> | _____        | Mialgia                     | <input type="checkbox"/> | _____ |

|                             |                          |       |                                 |                          |       |
|-----------------------------|--------------------------|-------|---------------------------------|--------------------------|-------|
| Congiuntivite               | <input type="checkbox"/> | _____ | Nausea                          | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diarrea                     | <input type="checkbox"/> | _____ | Paralisi Flaccida<br>Acuta      | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Dispnea                     | <input type="checkbox"/> | _____ | Polmonite                       | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Dolori Addominali           | <input type="checkbox"/> | _____ | RigorNucalis                    | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Emorragie<br>cutanee/mucose | <input type="checkbox"/> | _____ | Sepsi/shock<br>settico          | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Esantema/Rash               | <input type="checkbox"/> | _____ | Sindrome di tipo<br>influenzale | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Cutaneo                     | <input type="checkbox"/> | _____ | Tosse                           | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Faringite/faringod<br>inia  | <input type="checkbox"/> | _____ | Vomito                          | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Febbre                      | <input type="checkbox"/> | _____ |                                 |                          |       |
| Ittero                      | <input type="checkbox"/> |       |                                 |                          |       |
| Altro, specificare          |                          | _____ |                                 |                          | _____ |

Ha patologie di base? \_\_\_\_\_ (si/no) Se sì, specificare:

|                          |                        |                         |                        |
|--------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| Tumore                   | Sì     No     Non noto | Malattie renali         | Sì     No     Non noto |
| Diabete                  | Sì     No     Non noto | Malattie metaboliche    | Sì     No     Non noto |
| Malattie cardiovascolari | Sì     No     Non noto | Obesità BMI tra 30 e 40 | Sì     No     Non noto |
| Deficit immunitari       | Sì     No     Non noto | Obesità BMI > 40        | Sì     No     Non noto |
| Malattie respiratorie    | Sì     No     Non noto |                         |                        |
| Altro, specificare       |                        |                         |                        |

\_\_\_\_\_

### COLLOCAZIONE

Dove si trova ora? a domicilio | sì | | No | In ospedale | sì | | No |

Se “In ospedale”, inserire nome OSPEDALE \_\_\_\_\_

REPARTO \_\_\_\_\_ Data di ricovero: \_\_\_\_\_

**LAVORO:** Lavora? | sì | | No |

Dove? (indicare nome Azienda e comune) \_\_\_\_\_

Ruolo/mansione \_\_\_\_\_ ultimo giorno di lavoro: \_\_\_\_\_

Lavora anche in altri posti? | Sì | | No |

Se sì, specificare \_\_\_\_\_

### **IMPORTANTE!!!**

E' un operatore sanitario? | sì | | No | – se sì inserire in oggetto anche “operatore sanitario” – (es. Mario Rossi – Terracina – OPERATORE SANITARIO)

Operatore scolastico (docente, ATA)? | sì | | No |

Lavora in qualche comunità chiusa (RSA, carcere, dormitori etc...)? | sì | | No |

Indicare nome azienda/struttura ospedaliera/RSA/Scuola: (se insegnante/studente indicare nome della scuola e della classe) \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

Ruolo/mansione \_\_\_\_\_ Ultimo giorno di lavoro: \_\_\_\_\_

Lavora anche in altri posti? \_\_\_\_ (si/no) Se sì, specificare \_\_\_\_\_

Usa mezzi pubblici? \_\_\_\_\_ (si/no)

**Quando ha effettuato il tampone:**

- **era ricoverato in struttura ospedaliera?** | Sì | | No | – se sì, specificare struttura

\_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

- **era domiciliato in RSA/struttura socio assistenziali?** | Sì | | No | – se sì, specificare struttura

\_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

- **era domiciliato in comunità chiuse (es. carcere, dormitori...)?** | Sì | | No | – se sì, specificare

struttura \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

**FOCUS ULTIMI 14 GIORNI**

**Ha viaggiato negli ultimi 14 gg prima dell'esordio dei sintomi o della data del tampone (se**

**asintomatico):** | Sì | | No | – se sì, specificare luogo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

**MEZZO DI TRASPORTO:**

Auto propria  Moto  Pullman  Treno  Aereo

Volo numero \_\_\_\_\_ biglietto numero \_\_\_\_\_ posto \_\_\_\_\_ compagnia \_\_\_\_\_

Data partenza \_\_\_\_\_ Data rientro \_\_\_\_\_ Pernottamento in hotel/B&B? | Sì | | No |

Se sì, specificare: Hotel/B&B \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Stanza \_\_\_\_\_

**STRUTTURE SANITARIE**

Ha avuto accesso a strutture sanitarie per:

- ricoveri? | Sì | | No |

– se sì, specificare struttura \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

- accesso Pronto Soccorso? | Sì | | No |

– se sì, specificare struttura \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

- visite ambulatoriali? | Sì | | No |

– se sì, specificare struttura \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

- analisi? | Sì | | No |

– se sì, specificare struttura \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

- terapie? | Sì | | No |

– se sì, specificare struttura \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

- Altro? | Sì | | No |

– se sì, specificare struttura \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

## **FOCUS ULTIME 48 ORE**

**Dalle 48 ore prima dell'esordio dei sintomi o della data del tampone se asintomatico, hai frequentato?**

Ristoranti/Pub/Locali pubblici? \_\_\_\_\_ (sì/no) – se sì, specificare

nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

Parrucchiere/Estetista/Barbiere? \_\_\_\_\_ (sì/no) – se sì, specificare

nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

Palestre/centri sportivi? \_\_\_\_\_ (sì/no) – se sì, specificare

nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

Stabilimento balneari? \_\_\_\_\_ (sì/no) – se sì, specificare

nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

Discoteche? \_\_\_\_\_ (sì/no) – se sì, specificare

nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

Altri luoghi pubblici? \_\_\_\_\_ (sì/no) – se sì, specificare

nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

**Dichiaro** che non ho avuto nessun contatto nelle 48 ore prima dell'esordio dei sintomi o della data del tampone, se asintomatico.

**Oppure:**

**Indicare i contatti stretti che ha avuto nelle 48 ore prima dell'esordio dei sintomi o della data del tampone se asintomatico, inclusi conviventi (anche se positivi) :**

(legame: 1= familiare; 2= amico; 3= collega; 4= altro)

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Legame: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

telefono \_\_\_\_\_ Data contatto \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Legame: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

telefono \_\_\_\_\_ Data contatto \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Legame: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

telefono \_\_\_\_\_ Data contatto \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Legame: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

telefono \_\_\_\_\_ Data contatto \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Legame: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

telefono \_\_\_\_\_ Data contatto \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Legame: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

telefono \_\_\_\_\_ Data contatto \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Legame: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

telefono \_\_\_\_\_ Data contatto \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Legame: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

telefono \_\_\_\_\_ Data contatto \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Legame: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

telefono \_\_\_\_\_ Data contatto \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_ Legame: 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

telefono \_\_\_\_\_ Data contatto \_\_\_\_\_