

**QUESTIONARIO PER TEST SIEROLOGICO PER COVID – 19**

**COGNOME:** \_\_\_\_\_ **NOME:** \_\_\_\_\_

Con la presente il sottoscritto dichiara di eseguire il test sierologico SARS-Cov-2 come:

cittadino privato                       lavoratore

In questo periodo sta lavorando?                       SI                       NO

Lavora da casa?     SI                       NO

Si reca sul posto di lavoro                               SI                       NO

È stato in contatto con persone risultate positive al Covid – 19?                       SI                       NO

In caso positivo ha osservato la quarantena  
(sono passati almeno 14 giorni dall'ultimo contatto)?                       SI                       NO

**Sintomatologia**

Ha avuto questi sintomi:

Febbre  $\geq 37$      SI                       NO

Senso di stanchezza     SI                       NO

Tosse     SI                       NO

Difficoltà respiratorie di qualche tipo                       SI                       NO

Congiuntivite     SI                       NO

Dolori muscolari     SI                       NO

Diarrea (ultimi 15 giorni)                                       SI                       NO

Alterazione gusto e/o olfatto                               SI                       NO

Altro da segnalare

\_\_\_\_\_

Quando:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_