

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 ≥ 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: _____