

**SCHEDA DI VALUTAZIONE ODONTOIATRICA
INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO SARS-CoV-2**

Struttura: Studio odontoiatrico Odontocare srl data: / / ora : _____

DATI PAZIENTE

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Luogo di nascita:

Residenza via:

Comune:

Prov.

☐ Sono presenti sintomi di COVID-19?

SINTOMI MAGGIORI (apporre una croce sulla risposta)

- | | | |
|-----------------|----|----|
| • Febbre >37,5° | SI | NO |
| • Tosse | SI | NO |

SINTOMI MINORI (apporre una croce sulla risposta)

- | | | |
|----------------------|----|----|
| • Stanchezza | SI | NO |
| • Mal di gola | SI | NO |
| • Mal di testa | SI | NO |
| • Dolori muscolari | SI | NO |
| • Congestione nasale | SI | NO |

- | | | |
|---|----|----|
| • ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti) | SI | NO |
| • ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI | SI | NO |
| • CONTATTI CON FAMILIARI | SI | NO |
| • FREQ. AMBIENTI SANITARE CON CASI ACCERTATI/SOSPETTI | SI | NO |

FIRMA PAZIENTE

.....