

QUESTIONARIO AGGIUNTIVO PER SCREENING COVID_19
(barrare le opzioni corrette)

• Cognome / Nome

• Et :

• Indirizzo – Somaglia (Lo)

• TAMPONI PRECEDENTI

SÌ NO

Se risposto SÌ indicare se: positivo o negativo

Se POSITIVO indicare se: sintomatico o asintomatico

Se SINTOMATICO indicare se: ricoverato o non ricoverato

• FUMO

SÌ NO

• IPERTENSIONE

SÌ NO

• DIABETE

SÌ NO

• VACCINO ANTINFLUENZALE ANNO 2019-20

SÌ NO