

Allegato 3. Scheda segnalazione visita Infettivologica per trattamento precoce Covid-19

Dati assistito	
Cognome: <input type="text"/>	Nome: <input type="text"/>
Luogo di nascita: <input type="text"/>	Data di nascita: <input type="text"/>
Cell./Tell. <input type="text"/>	Data esordio sintomi: <input type="text"/>
Data eventuale test molecolare: <input type="text"/>	

Stato vaccinale anti-COVID-19	
<input type="checkbox"/> 1a dose <input type="checkbox"/> 2 dosi <input type="checkbox"/> 3a dose	Data ultima dose somministrata: <input type="text"/>

Sintomi (*indicare i sintomi presenti*):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Malessere generale |
| <input type="checkbox"/> Febbre (>37.5) | <input type="checkbox"/> Congestione nasale/rinite |
| <input type="checkbox"/> Dispnea | <input type="checkbox"/> Anosmia |
| <input type="checkbox"/> Faringodinia | <input type="checkbox"/> Disgeusia |
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Sintomi gastrointestinali |
| <input type="checkbox"/> Astenia | |

Fattori di rischio (*sec. Allegato 2*):

Ricognizione farmacologica:

Medico segnalante: <input type="text"/>	Data: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> PLS <input type="checkbox"/> Medico USCA <input type="checkbox"/> Medico di continuità assistenziale <input type="checkbox"/> Medico PS	
Cell. Medico segnalante (per eventuale contatto): <input type="text"/>	