

Il presente modulo deve essere consegnato all'accettazione

QUESTIONARIO COVID

(tutte le domande si riferiscono al periodo in cui ha avuto il COVID)

NOME e COGNOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

MEDICO CURANTE _____

N. DI TELEFONO _____

01. Quando sono iniziati i sintomi? _____

02. Hai avuto un tampone naso-faringeo positivo per COVID19? SI NO

03. Se hai risposto sì, fornisci la data del primo tampone positivo _____

04. Hai avuto in precedenza contatti con pazienti con COVID accertato? SI NO

05. Sentivi gli odori in maniera alterata? SI NO

06. Sentivi i gusti in maniera alterata? SI NO

07. Ti mancava facilmente il respiro? SI NO

08. Hai avuto la febbre? SI NO

09. Hai mai misurato valori di saturazione periferica di ossigeno <95%? SI NO

10. Avevi una tosse secca insistente? SI NO NON SO

11. Ti hanno riscontrato un quadro di polmonite? SI NO NON SO

12. Ti è stato somministrato ossigeno? SI NO

13. Dopo quanti giorni sei stato dichiarato guarito? (tampone negativo) _____

14. Sei stato ricoverato in Ospedale? SI NO

SE SEI STATO RICOVERATO...

14. Sei stato in terapia intensiva e/o intubato? SI NO NON SO

15. Hai utilizzato la ventilazione non invasiva
(CPAP/BiPAP, una maschera da porre sul viso che spingeva l'aria nei polmoni) SI NO NON SO

pagina 1 di 2

16. Hai utilizzato ossigeno "ad alti flussi"

(delle cannule da porre nel naso che spingevano aria calda e umidificata)?

SI NO NON SO

17. Ti veniva suggerito di passare del tempo prono ("a pancia in giù")?

SI NO NON SO

18. Quanti giorni è durato il ricovero? _____

19. Hai fatto successivamente al ricovero

un periodo di riabilitazione respiratoria in una struttura dedicata?

SI NO NON SO

TERAPIE

1. Hai assunto uno dei seguenti farmaci?

a. Lopinavir/Ritonavir (es. Kaletra)

SI NO NON SO

b. Idrossiclorochina (es. Plaquenil)

SI NO NON SO

c. Ivermectina

SI NO NON SO

d. Anticoagulanti sottocute (es. eparina)

SI NO NON SO

e. Cortisone

SI NO NON SO

f. Ossigeno

SI NO NON SO

g. Antibiotici (se sì, specificare) _____

SI NO NON SO

Altro (es. Tocilizumab, Remdesivir, etc. Specificare) _____

SI NO NON SO

VACCINAZIONE

01. Sei stato vaccinato per il COVID (anche una sola dose)?

SI NO NON SO

02. Se sei stato vaccinato, indica la data dell'ultima somministrazione: _____

03. Se sei stato vaccinato, quante dosi hai ricevuto?

UNA DUE

04. Se sei stato vaccinato, indica quale vaccino ti hanno somministrato:

a. Pfizer/BioNTech (Comirnaty)

b. Janssen (Johnson & Johnson)

c. Moderna

d. Astrazeneca (Vaxzeviria)

Dichiaro di aver almeno 18 anni e confermo di aver compilato, compreso e accettato integralmente l'informativa al consenso di utilizzo dei miei dati personali sensibili, autorizzandone al trattamento secondo quanto previsto nel consenso informativo.