

REPUBBLICA DI SLOVENIA
MINISTERO DELLA SALUTE

Štefanova ulica 5, 1000 Ljubljana

T: 01 478 60 01
F: 01 478 60 58
E: gp.mz@gov.si
www.mz.gov.si

Data:

**QUESTIONARIO PER LA VERIFICA DELLO STATO DI SALUTE DEL PAZIENTE
PRIMA DELLA VISITA NELL'AMBULATORIO* (tutte le domande si riferiscono
anche al periodo dei 14 giorni precedenti):**

Nome e cognome del paziente: _____

Data:

	DOMANDA	Si	NO
1.	Ha la febbre (superiore a 37,5°C)?		
2.	È raffreddato/a?		
3.	Ha la tosse?		
4.	Avverte dolori nella gola, nella faringe?		
5.	Ha il gusto o l'olfatto alterato?		
6.	Ha difficoltà respiratorie o la sensazione di oppressione toracica?		
7.	Avverte dolori muscolari?		
8.	Ha problemi di digestione (diarrea o vomito)?		
9.	Qualcun altro avverte questi problemi a casa Sua o al lavoro?		
10.	Il Suo tampone per Covid-19 è risultato positivo?		
11.	È stato/a in contatto con un paziente con la malattia COVID-19 confermata (parenti o coinquilini ammalati)?		

*** In caso di risposta affermativa anche a una sola delle domande, contattare TELEFONICAMENTE il medico di fiducia o l'ambulatorio PRIMA DI PRESENTARSI PER LA VISITA.**

In fede:
