



## Ospedale Generale "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli

Casa Generalizia dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio

00186 Roma - Isola Tiberina - Via Ponte Quattro Capi, 39 - Tel 06.68371

Cod. Fisc. 01362340588 / P.IVA 00989031000

### Questionario di valutazione all'ingresso del visitatore

(Allegato 2 ordinanza n. Z00053 del 21.7.2020)

<p>1. Hai viaggiato nelle ultime due settimane in Italia o all'estero?</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON RICORDO</p> <p>Se sì, dove (specificare la/le città o lo/gli stato/i estero/i)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Data permanenza</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Data rientro</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. Hai avuto contatti* con casi accertati Covid-19? *(Per contatto si intende prolungata permanenza in un ambiente chiuso o un contatto a distanza inferiore a 1 metro di durata superiore a 15 minuti senza mascherine)</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>3. Hai avuto contatti* con:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- persone che hanno fatto il tampone?</li><li>- familiari o amici di persone che hanno fatto il tampone?</li><li>- persone in autoisolamento o sottoposte a quarantena?</li><li>- persone rientrate da poco dall'estero o altre regioni?</li></ul> <p>*(Per contatto si intende prolungata permanenza in un ambiente chiuso o un contatto a distanza inferiore a 1 metro di durata superiore a 15 minuti senza mascherine)</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>4. Hai avuto contatti* con persone che avevano sintomi simil-influenzali (es. tosse, febbre, mal di testa, mal di gola, stanchezza, crampi muscolari, difficoltà respiratorie, congiuntivite, raffreddore)?</p> <p>*(Per contatto si intende prolungata permanenza in un ambiente chiuso o un contatto a distanza inferiore a 1 metro di durata superiore a 15 minuti senza mascherine)</p>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
<p>5. Se hai risposto SI a uno dei precedenti quesiti 2,3,4, si trattava di:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- un tuo familiare convivente?</li><li>- un collega di lavoro?</li><li>- persona con cui hai avuto contatto in ambiente conviviale o sportivo (palestra, ristorante, feste private, ecc.)?</li></ul>	<p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>



## Ospedale Generale "San Giovanni Calibita" Fatebenefratelli

Casa Generalizia dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio  
00186 Roma - Isola Tiberina - Via Ponte Quattro Capi, 39 - Tel 06.68371  
Cod. Fisc. 01362340588 / P.IVA 00989031000

<b>6.</b> Hai ricevuto una notifica di possibile esposizione al Covid-19 dalla app Immuni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>7.</b> Hai fatto il tampone per Covid-19?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>8.</b> Se sì, sei risultato positivo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>9.</b> Sei stato ricoverato e dimesso per Covid-19?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>10.</b> Se sì, sei guarito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>11.</b> Al momento hai i seguenti sintomi?  - febbre - tosse - stanchezza - dolori muscolari - difficoltà a respirare - espettorazione - mal di gola - mal di testa - congiuntivite - vomito - diarrea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

NOME E COGNOME VISITATORE.....

NOME E COGNOME PAZIENTE RICOVERATO.....

REPARTO DI DEGENZA.....

DATA.....FIRMA DEL VISITATORE.....