

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI
 Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 07462781 - PEC: asl.rieti@pec.it
 C.F. e P.I. 00821180577
 STAFF DIREZIONE GENERALE
 SORVEGLIANZA SANITARIA

Tel. 0746279405 - 9407 - 9408 - FAX 0746278727 - email: medico.competente@asl.rieti.it

Data _____

Cognome: | _____ | Nome: | _____ | Sesso: | ☐ M | ☐ F | Data di nascita: | _____ |

Comune/Nazione di Nascita: | _____ | Prov | _____ |

Mansione _____ U.O. _____

☐ **Contatto di soggetto affetto da COVID-19**

☐ **Lavoratore affetto da COVID-19**

- È stato sottoposto a ricerca IgG/IgM per SARS-CoV-2?

Sì ☐ No ☐ Se sì,

quando _____ esito _____ (se sì, allegare documentazione/referto)

- È stato sottoposto a tampone per ricerca SARS-CoV-2?

Sì ☐ No ☐ Se sì,

quando _____ esito _____ (se sì, allegare documentazione/referto)

Informazioni cliniche circa sintomatologia in atto (indicare sì o no)

Segni e Sintomi in atto		Segni e Sintomi in atto	
Artralgie/artrite		Ipertransaminasemia	
Astenia		Linfoadenopatia/linfadenite	
Cefalea		Mialgia	
Congiuntivite		Nausea	
Diarrea		Paralisi Flaccida Acuta	
Dolori Addominali		Polmonite	
Emorragie cutanee/mucose		Sindrome di tipo influenzale	
Esantema/rash cutaneo		Tosse	
Febbre (> 37,5 ° C)		Vomito	
Ittero			
Altro (specificare)			

Firma del lavoratore

N.B.: In caso di test positivo, prima del rientro, dovranno essere prodotti due tamponi rinofaringei negativi effettuati a distanza di 24/48 h.