

**PROGETTO SENTINELLA SARS-COV-2:
IDENTIFICA-TRACCIA-PREVIENI-CURA**



UNIVERSITÀ
di VERONA



SPAZIO ETICHETTA Nome Cognome Età Genere

Data della visita:	
Luogo della visita:	<input type="checkbox"/> Borgo Trento <input type="checkbox"/> Borgo Roma <input type="checkbox"/> Borgo Venezia <input type="checkbox"/> Tempio Votivo <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Sede ATV

1) A quale popolazione di Sentinella appartieni?

- Maschio > 65 anni Femmina > 75 anni
 Studente/essa
 Conducente Autobus
 Conducente Taxi
 Personale Addetto Pulizie Ospedaliere
 Personale Manutentore Ospedaliero
 Personale Addetto Ristorazione Ospedaliere
 Banchista-Cassiera/e Supermercato
 Servizi Sociali
 Acconciatura-Estetica-Tatuaggi
 Personale di Ricerca Clinica
 Personale di Ricerca di Laboratorio
 Autista NCC
 Altro: _____

2) Soffri di malattie croniche?

- Ipertensione arteriosa
 Cardiopatia ischemica
 Diabete mellito
 BPCO/Enfisema
 Malattie autoimmuni
 Insufficienza renale

3) Hai fatto la vaccinazione antinfluenzale?

- Sì No
 Se sì, in quale data? _____

4) Sei mai risultata/o positivo ad un tampone per COVID-19?

- Sì No
 Se sì, quando? _____

5) Hai fatto la vaccinazione SARS-CoV-2?

- Sì No
 Se sì, in quale data la prima dose? _____

5) Hai avuto qualcuno di questi sintomi NELLE ULTIME 3 SETTIMANE?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nessun sintomo | <input type="checkbox"/> Mal di testa |
| <input type="checkbox"/> Febbre | <input type="checkbox"/> Mal di gola |
| <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Nausea e/o vomito |
| <input type="checkbox"/> Stanchezza | <input type="checkbox"/> Dolore addominale |
| <input type="checkbox"/> Mancanza di fiato | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Dolori ossei-muscolari | <input type="checkbox"/> Confusione mentale |
| <input type="checkbox"/> Alterazione del gusto/olfatto | <input type="checkbox"/> Vertigini |

6) Hai qualcuno di questi sintomi OGGI?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nessun sintomo | <input type="checkbox"/> Mal di testa |
| <input type="checkbox"/> Febbre | <input type="checkbox"/> Mal di gola |
| <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Nausea e/o vomito |
| <input type="checkbox"/> Stanchezza | <input type="checkbox"/> Dolore addominale |
| <input type="checkbox"/> Mancanza di fiato | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Dolori ossei-muscolari | <input type="checkbox"/> Confusione mentale |
| <input type="checkbox"/> Alterazione del gusto/olfatto | <input type="checkbox"/> Vertigini |

7) Quante altre persone vivono nella tua stessa abitazione almeno 3 giorni a settimana?

- Vivo sola/o
 1
 2
 3
 4 o più

Vuoi farci sapere altre informazioni che ritieni importanti?