

Sezione 1 – Dati della struttura che prescrive il test intervistatore		
Cognome		
Nome		
Struttura di appartenenza		
Data dell'intervista		
Sezione 2 - Dati dell'utente		
Cognome		
Nome		
Codice Fiscale		
Sesso		
Data di nascita		
Comune di residenza		
ASP di residenza		
Telefono fisso		
Telefono cellulare		
Indirizzo email		
Sezione 3 – Storia clinica		
Stato clinico attuale: <input type="checkbox"/> Asintomatico <input type="checkbox"/> Pauci-sintomatico <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Severo <input type="checkbox"/> Critico <input type="checkbox"/> Deceduto		
Dal 1 marzo 2020 ad oggi ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi?		
Alterazioni dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Febbre $\geq 38,0$ °C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Rinorrea (naso colante)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dispnea (difficoltà respiratorie)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Tutte le informazioni richieste devono essere raccolte