Dr. Alessandro Boi
MEDICO DELLO SPORT

ANAMNESI COVID-19

Nome, Cognome : **data di nascita:**

Via:

CAP: **Località:**

Tel: casa: lavoro:

Ha o ha avuto negli ultimi 14 giorni SINTOMI di una malattia COVID-19 ?

SINTOMI MAGGIORI

• Febbre > 37,5°C	si	quando…… ……..	no
• Tosse	si	quando…… ……..	no
• Dispnea	si	quando…… ……..	no

SINTOMI MINORI

• Stanchezza	si	quando…… ……..	no
• Mal di gola	si	quando…… ……..	no
• Mal di testa	si	quando…… ……..	no
• Dolori muscolari	si	quando…… ……..	no
• Congestione nasale	si	quando…… ……..	no

Ha o ha avuto negli ultimi 14 giorni ESPOSIZIONE a casi accertati di persone COVID-19-positive (vivi o deceduti) ?

si quando…… …….. no

Ha o ha avuto negli ultimi 14 giorni ESPOSIZIONE a casi sospetti di persone COVID-19-dubbi ?

si quando…… …….. no

Ha o ha avuto negli ultimi 14 giorni CONTATTI con familiari di casi COVID-19 sospetti o con familiari di casi COVID-19 positivi ?

si quando…… …….. no

Ha avuto accesso negli ultimi 14 giorni a STRUTTURE SANITARIE (p.es. ambulatori, ospedali, case di riposo ecc.) oppure presta lavoro, dove vengono curate persone COVID-19 positive oppure persone COVID-19 sospette?

si quando…… …….. no

Lavora o lavorava negli ultimi 14 giorni come OPERATORE SANITARIO o altra persona impiegata nell' assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19, o come personale di LABORATORIO addetto al trattamento di campioni di SARS-CoV-2?

si quando…… …….. no

Storia di viaggi o residenza negli ultimi 14 giorni all' ESTERO o in AREE DI RISCHIO di comprovata diffusione di COVID-19 ?

si dove…… …….. no

Ha eseguito TAMPONI naso-faringeali per la rilevazione di SARS-CoV-2 e/o test sierologici per la rilevazione di ANTICORPI, con quale esito?

si	no	Tampone	pos	neg	pos	neg	pos	neg	
			data……		data……		data……		
si	no	Anticorpi	pos	neg	data……				

Dichiaro di essere stato informato dal medico visitatore, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2. Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società / Federazione Sportiva Nazionale / Ente di Promozione Sportiva / Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

Data: _____ Firma: _____

(per i minorenni firma del genitore)

Dr. Alessandro Boi - MEDICO CHIRURGO
Specialista in medicina dello sport e dell'esercizio fisico - Idoneità sportive agonistiche e non agonistiche - Ecografie muscolo tendinee - Diete personalizzate
+39 348 6441613 - Cagliari - Sestu - Norbello - Arzachena - Porto Torres - Forte Village - Samugheo - P.IVA 03577090925 - C.F. BOI LSN 83A10 B354M
www.alessandroboimedicosportivo.it