**MODULO RICHIESTA TAMPONE COVID-19**

|  |
| --- |
| **DATI SOGGETTO SEGNALATO** |
| Cognome  | Nome |
| Codice Fiscale | Sesso |
| Data di nascita | Luogo di nascita |
| Comune di residenza | Via |
| Comune di domicilio | Via |
| ASP di residenza | Indirizzo email |
| Telefono fisso | Telefono cellulare |
| Medico curante  |  |
| **CATEGORIA DEL SOGGETTO** |
|  [] Soggetto sintomatico | Data inizio sintomi  |
|  [] Rientro da Stato Estero | Data rientro \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [] Contatto stretto di soggetto positivo accertato | Data ultimo contatto  |
| **Specificare modalità di contatto stretto e nominativo del soggetto positivo:** |
| [] Test antigenico rapido Covid 19 positivo | Data  |
| [] Test sierologico Covid19 positivo | Data  |
| [] Test molecolare Covid19 positivo | Data  |
| **SINTOMATOLOGIA** |
| Sintomi Covid correlato | SI [] NO [] Data inizio sintomi  |
| **In caso positivo specificare sintomi presenti:** [] Febbre >37.5 [] Difficoltà respiratorie  [] Dolori muscolari [] Tosse [] Mal di gola [] Mal di testa [] Alterazione gusto [] Alterazione olfatto [] Diarrea |
| **CONVIVENTI** |
| N. conviventi: \_\_\_\_\_\_ |  |
| **1** |
| Cognome  | Nome |
| Codice Fiscale | Sesso |
| Data di nascita | Luogo di nascita |
| Telefono | Mail |
| **2** |
| Cognome  | Nome |
| Codice Fiscale | Sesso |
| Data di nascita | Luogo di nascita |
| Telefono | Mail |
| **3** |
| Cognome  | Nome |
| Codice Fiscale | Sesso |
| Data di nascita | Luogo di nascita |
| Telefono | Mail |
| **4** |
| Cognome  | Nome |
| Codice Fiscale | Sesso |
| Data di nascita | Luogo di nascita |
| Telefono | Mail |
| **5** |
| Cognome  | Nome |
| Codice Fiscale | Sesso |
| Data di nascita | Luogo di nascita |
| Telefono | Mail |

**Inviare il presente modulo a** **covid19.segnalazioni@asp.enna.it**