Servizio di Medicina Trasfusionale	Livello Documento: Allegato	Codice Doc	
	QUESTIONARIO ANAMNESTICO	Revisione	01
		Data Emissione	29/05/2020

Caro utente ti preghiamo di rispondere alle seguenti brevi domande:

1 - HAI AVUTO O HAI FEBBRE, TOSSE O DIFFICOLTA' A RESPIRARE ? SI ○ I NO ○ F

2 – SEI STATO IN AREE AD ALTO RISCHIO DI CONTAGIO ? SI ○ F NO ○ F

SE HAI RISPOSTO SI, QUANDO ? _____

3 – HAI AVUTO CONTATTI STRETTI CON UN CASO PROBABILE O CASO CONFERMATO DI COVID 19 ? SI ○ F NO ○ F

4 – HA O HA AVUTO UNA TEMPERATURA CORPOREA SUPERIORE A 37,5° C ? SI ○ I NO ○ F

5 – SEI RISULTATO POSITIVO AL TAMPONE PER COVID19 ? SI ○ I NO ○ F

6 – SE SEI RISULTATO POSITIVO AL TAMPONE PER COVID19 QUANDO E' STATO IL TUO ULTIMO TAMPONE NEGATIVO _____

Il donatore s'impegna a comunicare al SIMT eventuale comparsa, entro 14 giorni dalla donazione, di sintomatologia riconducibile a infezione da Coronavirus

DATA _____

DONATORE

NOME _____

FIRMA

_____

COGNOME _____