

Esempio di questionario pre-implementazione

1. Negli ultimi 14 giorni hai viaggiato verso, attraverso o da paesi diversi da quello di destinazione?

SÌ  NO

*Se la risposta è "SÌ", elenca i paesi qui:*

2. Hai avuto uno stretto contatto con una persona che ha un'infezione confermata da COVID-19 o è sotto inchiesta per l'infezione da COVID-19?

SÌ  NO

3. Hai attualmente? (controlla tutti i sintomi):

- una tosse secca;
- alta temperatura (febbre);
- mancanza di respiro;
- naso che cola;
- mal di gola;
- dolori diffusi e dolori muscolari;
- perdita del gusto e dell'olfatto.

Nome:

Data:

**NOTA**

È importante che l'Azienda abbia accesso a competenze mediche adeguate in grado di valutare il questionario in caso di risposta positiva a una qualsiasi delle domande.