Armonia

Centro di estetica & benessere

Via acquaviva, 60 Santeramo in colle (Bari)

Tel 080 40 37 425 [info@armoniacentrobenessere.com](mailto:info@armoniacentrobenessere.com) www.armoniacentrobenessere.com

QUESTIONARIO PER PAZIENTI/ACCOMPAGNATORI

***(da compilare prima della seduta)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME E COGNOME |  | |
| -Ha avuto COVID 19? | SI | NO |
| -Se la risposta è SI ed è guarito, (tampone negativo?) | SI | NO |
| -E’ in quarantena? | SI | NO |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone affette da COVID-19? | SI | NO |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone in quarantena? | SI | NO |
| -Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi in aree a rischio? | SI | NO |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone provenienti da aree a rischio? | SI | NO |
| -Negli ultimi 14 giorni ha avuto/ha uno di questi sintomi? |  |  |
| * Febbre/febbricola | SI | NO |
| * Tosse e/o difficoltà respiratorie | SI | NO |
| * Malessere, astenia | SI | NO |
| * Cefalea | SI | NO |
| * Congiuntivite | SI | NO |
| * Sangue da naso/bocca | SI | NO |
| * Vomito e/o diarrea | SI | NO |
| * Inappetenza/anoressia | SI | NO |
| * Confusione/vertigini | SI | NO |
| * Perdita/alterazione dell’olfatto | SI | NO |
| * Perdita di peso | SI | NO |
| * Disturbi dell’ olfatto e o del gusto | SI | NO |

DATA Firma del paziente/accompagnatore/genitore se minore