

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 <input type="checkbox"/>	quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Tosse	si <input type="checkbox"/>	quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Dispnea	si <input type="checkbox"/>	quando.....	no <input type="checkbox"/>

SINTOMI MINORI

● Stanchezza	si <input type="checkbox"/>	quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Mal di gola	si <input type="checkbox"/>	quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Mal di testa	si <input type="checkbox"/>	quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Dolori muscolari	si <input type="checkbox"/>	quando.....	no <input type="checkbox"/>
● Congestione nasale	si <input type="checkbox"/>	quando.....	no <input type="checkbox"/>

COVID Vaccinazione

si <input type="checkbox"/>	quando	no <input type="checkbox"/>
	1.Dose	
	2.Dose	
	3.Dose (Booster)	

Ha avuto COVID negli ultimi 180 giorni?

si <input type="checkbox"/>	dal.....al.....	no <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------	-----------------------------

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)