

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 quando..... no

● Tosse si quando..... no

● Dispnea si quando..... no

SINTOMI MINORI

● Stanchezza si quando..... no

● Mal di gola si quando..... no

● Mal di testa si quando..... no

● Dolori muscolari si quando..... no

● Congestione nasale si quando..... no

COVID Vaccinazione si quando no

1.Dose

2.Dose

3.Dose (Booster)

Ha avuto COVID negli ultimi 180 giorni? si dal.....al..... no

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)