

Monitoraggio COVID-19

Caratterizzazione del soggetto

Domande: 10 Risposte: 0

1) Informazioni di carattere generale

- Lavoratore attualmente affetto da COVID -19
- Lavoratore che è stato affetto da COVID -19 e attualmente negativizzato
- Lavoratore non affetto da COVID-19

2) Se ha contratto il virus, può indicare la data del contagio?

Indicare la data del contagio

3) Ha effettuato la ricerca degli anticorpi IgG/IgM per SARS-CoV-2?

- SÌ
- NO

4) Se sì, quando?

Indicare la data del prelievo

5) Esito (è possibile selezionare più risposte):

- IgG negativo
- IgM negativo
- IgG positivo
- IgM positivo

6) È stato sottoposto a tampone per ricerca SARS-CoV-2?

- SÌ
- NO

7) Se sì, quanti tamponi (molecolare, antigenico rapido, salivari, ecc...) ha effettuato?

Indicare il numero di tamponi

8) Se sì, quando ha effettuato l'ultimo tampone?

Indicare la data dell'ultimo tampone

9) Ha ricevuto vaccinazione anti SARS-Cov-2?

- No
- Sì, 1 dose di Comirnaty di Pfizer-BioNtech
- Sì, 2 dosi di Comirnaty di Pfizer-BioNtech
- Sì, 1 dose di Moderna
- Sì, 2 dosi di Moderna
- Sì, 1 dose di AstraZeneca
- Sì, 2 dosi di AstraZeneca
- Sì, 1 dose di Janssen di Johnson & Johnson
- Sì, non conosco il nome del vaccino che mi è stato somministrato

10) Parteciperebbe ad una eventuale campagna di vaccinazione promossa da Unicredit?

- SÌ
- No

Questionario anamnestico COVID-19

Domande: 4 Risposte: 0

1) Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti stretti con soggetti affetti da COVID-19?

- SÌ
- NO

2) Negli ultimi 14 giorni ha effettuato viaggi all'estero in aree a rischio?

- SÌ
- NO



Per aree a maggior rischio di infezione SARS-CoV-2 si intendono i paesi appartenenti agli elenchi C, D, E indicati nell'allegato 20 del DPCM 2 marzo 2021.

3) Negli ultimi 14 giorni ha avuto contatti con persone provenienti dall'estero da aree a rischio?

- SÌ
 NO

4) La preghiamo di indicare la presenza di eventuali sintomi facendo riferimento agli ultimi 14 giorni

- Artralgie
 Astenia
 Cefalea
 Congiuntivite
 Diarrea
 Dolori Addominali
 Emorragie cutanee/mucose
 Esantema/rash cutaneo
 Febbre (> 37,5 ° C)
 Linfadenopatia/linfadenite
 Mialgia (dolori muscolari)
 Nausea
 Tosse
 Vomito
 Anosmia (perdita di olfatto)
 Ageusia (perdita di gusto)
 Dispnea
 Insufficienza d'organo (cuore, reni, polmoni)
 Nessuna delle precedenti

Anamnesi Patologica

In seguito alla pandemia da SARS-CoV-2, si ribadisce, in particolare, l'importanza dell'individuazione dei soggetti "fragili"

Domande: 14 Risposte: 0

1) Patologia oncologica

- No
 Sì, in attuale trattamento con chemioterapia
 Sì, in attuale trattamento con immunosoppressori

2) Se è affetto da patologia oncologica può indicare l'anno di diagnosi

Inserire l'anno di diagnosi

3) Condizioni di immunodepressione e/o immunodeficienza

- No
 Sì, primarie (malattie congenite ereditarie)
 Sì, secondarie a altre patologie (tumori maligni, in particolare leucemie e linfomi, Aplasie midollari, infezione da HIV (AIDS))
 Sì, secondaria a terapie (Cortisonici, Chemioterapici, altri Immunosoppressori nelle malattie autoimmuni)

4) Grave patologia cardiaca

- No
 Sì, ischemiche tipo infarto
 Sì, angina e altre coronaropatie
 Sì, ipertensione arteriosa grave e scompensata
 Sì, insufficienza cardiaca
 Sì, gravi aritmie
 Sì, Altro
 No



5) Grave patologia polmonare cronica

- Sì, Broncopneumopatie croniche ostruttive
- Sì, Asma Bronchiale grave
- Sì, Cuore Polmonare Cronico
- Sì, Enfisema Polmonare
- Sì, Bronchiectasie
- Sì, Fibrosi Polmonari
- Sì, Sarcoidosi
- Sì, Embolia polmonare
- Sì, Altro

6) Insufficienza renale cronica

- No
- Sì

7) Insufficienza surrenale

- No
- Sì

8) Malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie

- No
- Sì, aplasie midollari
- Sì, gravi anemie
- Sì, Altro

9) Malattie infiammatorie croniche

- No
- Sì

10) Grave epatopatia cronica

- No
- Cirrosi epatica
- Altro

11) Reumopatie sistemiche

- No
- Artrite reumatoide
- Lupus eritematoso

12) Obesità grave (Body Mass Index >35)

- No
- Sì

13) Diabete mellito insulino dipendente

- No
- Sì

14) Sindrome di Down

- No
- Sì

Fragilità

Domande: 3 Risposte: 0

- 1) In riferimento alla sua condizione di salute, il suo Medico di Base ha formalizzato per Lei una condizione di fragilità?**
- Sì
 - No
- 2) Ha già comunicato la Sua condizione di fragilità al Medico Competente dell'Azienda?**
- Sì
 - No
- 3) Ha consegnato al Medico Competente dell'Azienda la documentazione relativa alla Sua condizione di fragilità?**
- Sì
 - No

Reazioni allergiche

Domande: 1 Risposte: 0

- 1) Ha o ha avuto manifestazioni allergiche come da elenco seguente (indicare la/le condizione/i corrispondente/i al**
- Gravi reazioni anafilattiche a farmaci o vaccini o reazioni di certa gravità a più di 2 classi di farmaci.

proprio stato)

- Allergia a lattice, a polisorbati o polietilenglicole (PEG).
- Anafilassi ad alimenti con dotazione di adrenalina autoiniettabile che ha sempre con sé
- Mastocitosi o angioedema ereditario.
- Asma grave o orticaria non controllate al momento dalla terapia con riacutizzazioni in atto.
- Nessuna delle precedenti

Note

1) Inserire eventuali note da comunicare

Note

