ANAGRAFICA

Etichetta

NOME _____
COGNOME _____ SESSO ___
DATA DI NASCITA _____ LUOGO _____
COD FISCALE o IDENTIFICATIVO _____
COMUNE DI RESIDENZA _____
TELEFONO _____
SEDE DEL PRELIEVO _____
MOTIVO DEL PRELIEVO _____

PESO _____ ALTEZZA _____

FUMO	NO	DA 1 A 10 SIGARETTE	DA 11 A 20 SIGARETTE	Più DI 20 SIGARETTE
	☐	☐	☐	☐

PRESENZA DI PATOLOGIE CRONICHE

TUMORE	NO☐	SI☐	NON SO☐
DIABETE	NO☐	SI☐	NON SO☐
MALATTIE DEL CUORE	NO☐	SI☐	NON SO☐
IPERTENSIONE	NO☐	SI☐	NON SO☐
DEFICIT IMMUNITARI	NO☐	SI☐	NON SO☐
MALATTIE RESPIRATORIE	NO☐	SI☐	NON SO☐
ALLERGIE	NO☐	SI☐	NON SO☐
MALATTIE RENALI	NO☐	SI☐	NON SO☐
ALTRO SPECIFICARE	NO☐	SI☐	NON SO☐

SINTOMI

Nessuno SI ☐ NO ☐

Istruzioni: Per ogni giorno, marcare con un pallino la presenza del sintomo. Da 15 giorni fa ad oggi.

GIORNI	OGGI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Temperatura 37° - 38°	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Temperatura superiore a 38°C	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mal di gola	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dolore muscolare	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mal di testa	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stanchezza	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diarrea	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Difficolta respiratorie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Esempio mal di gola da 5 giorni

Mal di gola	■	■	■	■	■	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐