



SV Lana_Raika
Amateursportverein



SCHEMA ANAMNOSTICA per infezione da SARS-CoV2 (COVID-19)

Cognome dell'atleta	<input type="text"/>		
Nome dell'atleta	<input type="text"/>		
Data e Luogo Di Nascita	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Residenza in Via	<input type="text"/>	n°	<input type="text"/>
Comune	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Provincia	<input type="text"/>	Regione	<input type="text"/>
Tel./Cell	<input type="text"/>		
email	<input type="text"/>		
Disciplina sportiva	<input type="text"/>		
Quando scadrà il tuo certificato d'idoneità agonistica?	<input type="text"/>		

Barrare la voce che interessa :

- 1) Quest'anno hai fatto la vaccinazione anti-influenzale? SI NO
- 2) Dall'inizio della pandemia ad oggi hai avuto qualcuno dei seguenti sintomi?
- temperatura corporea > 37,5 °C SI NO
- tosse e/o mal di gola SI NO
- fiacchezza e facile affaticabilità SI NO
- difficoltà di respiro a riposo o durante sforzi modesti SI NO
- diarrea SI NO
- nausea e/o vomito SI NO
- modificazione della percezione di odori e/o gusto SI NO



SV Lana_Raika
Amateursportverein



Se hai avuto febbre (temperatura corporea > 37,5 °C), quando e per quanti giorni l'hai avuta?

.....

Se hai avuto uno o più sintomi, quale è durato più a lungo ed in linea di massima quanti giorni è durato?

.....

3) Dall'inizio della pandemia ad oggi sei stato ricoverato in ospedale? SI NO

Se SI, sei pregato di inviare al Medico Competente la lettera di dimissione

4) Hai ricevuto diagnosi di malattia COVID-19? SI NO

5) Sei stato sottoposto a quarantena? SI NO

se SI, quando?

6) sei stato sottoposto a tampone nasofaringeo o test anticorpale per COVID-19? SI NO

se SI, per quale motivo?.....

→ controllo di popolazione nell'ambito lavorativo

→ su indicazione del corpo militare

→ per sintomi sospetti

se SI, che risultati hai ricevuto ?

tampone nasofaringeo per Covid-19: Positivo Negativo

ricerca su sangue venoso di anticorpi ANTI-SARS-COV2 IgM Positivo Dubbio Negativo

IgG Positivo Dubbio Negativo

(sei pregato di inviare al Medico Competente l'esito degli accertamenti)

Data

In fede,

(firma dell'atleta se maggiorenne o di chi ne fa le veci se minore)