

Allegato 2 Questionario esposizione a COVID-19

Medico SOC Medicina Preventiva _____

Cognome _____

Nome _____

Data nascita _____

Data contatto _____

Cognome e Nome contatto _____

1. Il paziente aveva la mascherina chirurgica?

2. Quante volte sei stato a contatto con il paziente e per quanto tempo?

3. Descrivi le attività che hai effettuato sul paziente

4. Descrivi i tipi di DPI che hai usato nei contatti con il paziente

5. Eventuali altre precisazioni

Operatore Firma _____

Medico SOC Medicina Preventiva Firma _____

Data _____

L'operatore è tenuto a trasmettere il questionario compilato per mail al proprio responsabile di struttura e per conoscenza a direzionesanitaria.mugello@uslcentro.toscana.it.