

SCI CLUB VAL BIOIS – SCI DI FONDO

GRUPPI U10/U12/U14/U16

SCHEMA ANAMNOSTICA PER INFEZIONE DA NUOVO CORONAVIRUS (SARS-CoV-2)

Cognome/nome genitore _____

Cognome/nome atleta _____

Data/luogo di nascita _____

Residenza _____

Telefono _____ e-mail _____

Certificato medico sportivo agonistico/non agonistico, scadenza ___/___/_____

Nei precedenti 14 giorni rispetto a oggi:

- Hai effettuato la vaccinazione antinfluenzale? SI NO
- 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 odore e/o gusto SI NO
- Se hai avuto uno o più sintomi riportali nella tabella qui sotto, possibilmente indicando anche la data.

- Hai ricevuto diagnosi di malattia COVID-19? SI NO
- Sei stato sottoposto a quarantena? SI NO
Se si indica il periodo: da ___/___/_____ a ___/___/_____
- Sei stato sottoposto a tampone o test anticorpale per COVID-19? SI NO
Se si indica il giorno, il motivo e l'esito: il ___/___/_____ motivo _____
_____ esito _____

Luogo, data _____, ___/___/_____

Firma _____

Al variare di qualsiasi campo della presente scheda anamnestica, mi impegno a fornire tempestivamente una nuova scheda anamnestica aggiornata.

Luogo, data _____, ___/___/_____

Firma _____