

2019 新型冠状病毒感染风险自我评估表 2

(由有感染风险的人在家中填写此表)

个人信息

名字 : 姓氏 :

性别 : ☐ 男 ☐ 女 出生日期 :

电话号码 :

电子邮箱 :

流行病学接触

1. 在出现症状的前 14 天内, 是否去过已确诊 2019 新型冠状病毒的国家 ?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道。如果答案是“是”, 请填写 :

地点 到达日期: 离开日期:

地点 到达日期: 离开日期:

地点 到达日期: 离开日期:

到达意大利的日期

2. 在出现症状的前 14 天内, 是否与已确诊 2019 新型冠状病毒的病人接触过 ?

☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道

临床信息

症状发作日期:

呼吸道症状: ☐ 咳嗽, ☐ 咽痛, ☐ 呼吸困难

全身症状: ☐ 发烧或低烧, ☐ 头痛, ☐ 肌肉疼痛, ☐ 全身不适, ☐ 虚弱无力, ☐ 体重下降, ☐ 厌食,

☐ 意识模糊, ☐ 头晕

慢性疾病史:

☐ 癌症 : ☐ 是 ☐ 否, ☐ 不知道,

☐ 心血管疾病 : ☐ 是 ☐ 否, ☐ 不知道,

☐ 糖尿病 : ☐ 是 ☐ 否, ☐ 不知道,

☐ 免疫缺陷 : ☐ 是 ☐ 否, ☐ 不知道,

☐ 呼吸道疾病 : ☐ 是 ☐ 否, ☐ 不知道,

☐ 肾脏疾病 : ☐ 是 ☐ 否, ☐ 不知道,

☐ 代谢疾病 : ☐ 是 ☐ 否, ☐ 不知道,

☐ 肥胖症 : ☐ 是 ☐ 否, ☐ 不知道,

其他慢性病:

如果存在流行病学症状, 出现至少一种呼吸道症状或体征和/或至少一种全身性症状或体征, 请联系您的家庭医生或如果出现相关症状请直接联系 118。