

**DATI ANAMNESTICI**

Ha avuto negli ultimi 21 giorni uno o più di questi sintomi?

1.	Febbre >37,5°	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.	Tosse	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
3.	Stanchezza	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
4.	Mal di gola	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
5.	Mal di testa	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
6.	Dolori muscolari e/o articolari	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
7.	Congestione nasale	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
8.	Nausea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
9.	Vomito	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
10.	Perdita di olfatto o gusto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
11.	Congiuntivite	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
12.	Diarrea	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>