



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO
AMBULATORIO LONG COVID**

Rev.0.0
21/06/2021
Pagina 1 di 2

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

Gestione quadro acuto	SI	NO			
A causa della patologia COVID è stato ricoverato in ospedale?					
<i>se si:</i>					
-ricoverato in terapia intensiva?					
-dimesso a domicilio?					
-seguito da USCA?					
-ricoverato in struttura post acuzie					
<i>specificare:</i>					
-riabilitazione					
-cure intermedie					
durata ricovero (gg) _____					
Presenza di preesistenze patologiche	SI	NO			
Iperensione					
Obesità					
Diabete Mellito					
Cardiopatìa					
Asma					
BPCO					
Tumori					
<i>se si specificare:</i>					
sede _____					
è in fase di trattamento attivo?					
Allergie					
Ansia-depressione					
Lamenta i seguenti disturbi	SI	NO	Anche in precedenza al COVID-19?	SI	NO
Alterazione del gusto					
Alterazione dell'olfatto					
Perdita dell'appetito					
Modifica abitudini alimentari (avversione per alcuni alimenti)					
Astenia					
Difficoltà ad alimentarsi rispetto a prima					
Difficoltà a deglutire					
Modifiche del peso rispetto a prima					
Irregolarità intestinali (stitichezza, diarrea)					
Rigidità articolare					
Difficoltà respiratoria (a riposo, per sforzi lievi)					



**QUESTIONARIO ANAMNESTICO
AMBULATORIO LONG COVID**

Rev.0.0
21/06/2021
Pagina 2 di 2

Tosse				
Rinite (secrezione di muco dal naso, starnuti, ostruzione nasale)				
Palpitazioni a riposo				
Dolore toracico				
Dolore addominale				
Dolori muscolari				
Dolori articolari				
Insonnia				
Confusione mentale				
Disturbi dell'umore				
Agitazione immotivata				
Attacchi di ansia				
Difficoltà di concentrazione				
Disturbi della memoria				
Riduzione di forza a uno o più arti				
Disturbo della sensibilità (es. formicolio) di uno o più arti				
Disturbo del linguaggio				
Difficoltà a urinare e/o defecare				
Alterazioni transitorie dello stato di coscienza o convulsioni				
Episodi di lipotimie e/o sincopi successive alla guarigione				
Comparsa di edemi declivi				
Rallentamento nei movimenti				
Tremore				
Disturbi dell'equilibrio				
Diplopia				
altri problemi oculistici (es. congiuntivite, lacrimazione, altro)				
se si specificare _____				
Episodi febbrili (>37°)				
Cefalea				
Nevralgie				
altro (specificare) _____				
Ripresa dopo la malattia:	SI	NO		
Dopo la malattia è rimasto sempre a letto				
Ha condotto vita tra letto e poltrona				
Ha ripreso attività in casa				
E' uscito di casa				
Esegue esercizi fisici/fisioterapia prescritti o autonomamente				
Riesce a svolgere le normali attività di vita quotidiana come prima				
Ha avuto necessità di ossigenoterapia				
Ha ripreso il lavoro (per le persone precedentemente occupate)				

Data _____ ora _____

firma e timbro medico che raccoglie l'anamnesi
