

Modulo Sport-Post-Covid-19

Atleta _____ nato il ____ . ____ . ____ a _____,

residente a _____ (genitore _____)

Società sportiva _____ sport _____

Tel. _____ mail _____

- ha avuto contatti stretti con soggetti positivi al COVID-19
- è stato sottoposto alla misura della quarantena e sorveglianza attiva per il COVID-19 dal _____ al _____
- è risultato positivo al tampone COVID-19 rapido molecolare il _____
- ripetuto tampone nelle date _____

- è stato ricoverato in ospedale con (o a causa) di sintomi polmonari o altri sintomi correlati al COVID-19 presso Ospedale _____ dal _____ al _____

- ha sofferto di gravi sintomi respiratori o estrema stanchezza/affaticamento a domicilio dal _____ al _____
- è stato trattato a domicilio con antibiotici, cortisone, eparina dal _____ al _____

ha lamentato SINTOMI e per quanto tempo

Febbre	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Diarrea	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Tosse secca	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Mal di gola, gola infiammata	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Dispnea, difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Anosmia, non sentire gli odori	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Mancanza di respiro	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Ageusia, perdita del gusto	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Astenia, debolezza	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Cefalea persistente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Mialgie, dolori muscolari	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Naso chiuso e che cola	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Polmonite	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Malattia trombo embolica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Sintomi simil-influenzali	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Malattia Trombotica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Precisare data inizio e fine dei sintomi _____

Inviare il modulo per mail, con allegati gli esiti dei tamponi e tutta la documentazione riferita al COVID-19 (certificati, ricoveri...) alla sede di Medicina dello Sport di riferimento.

Schiavonia	medsportiva.mons@aulss6.veneto.it
Conselve	medsportiva.cons@aulss6.veneto.it
Camposampiero	medsport.csp@aulss6.veneto.it
Cittadella	medsport.ctd@aulss6.veneto.it
Piazzola sul Brenta	medsport.psb@aulss6.veneto.it
Piove di Sacco	medicinasportpiove.ulss16@aulss6.veneto.it
Padova	sportpostcovid@aulss6.veneto.it