

Allegato 1 : Scheda di autovalutazione dei sintomi

Giorno	1°	2°												
Temperatura corporea (mattina)														
Temperatura corporea (sera)														
Difficoltà respiratoria Si/No														
Tosse Si/No														
Pressione arteriosa (indicare il valore)														
Saturazione di Ossigeno (Indicare il valore)														
Mal di gola Si/No														
Espettorazione Si/No														
Presenza di sangue nell' espettorato Si/No														
Congiuntivite Si/No														
Congestione nasale Si/No														
Mal di testa Si/No														
Dolori muscolari Si/No														
Stato di coscienza vigile Si/No														
Diarrea Si/No														
Nausea Si/No														
Vomito Si/No														