

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE FARMACI@MOVIMENTO

GIORNO: ____/____/____

COGNOME E NOME: _____

Hai misurato la pressione ? Indica i valori:	_____
I battiti cardiaci quanti sono?	_____
Hai assunto regolarmente tutta la settimana i tuoi farmaci?	_____
Hai problemi alle ossa e/o alle articolazioni più del solito?	_____
Stai assumendo integratori nuovi questa settimana?	_____
Hai inserito nuovi farmaci questa settimana?	_____
Hai il raffreddore, tosse e/o mal di gola?	_____
Hai avuto la febbre?	_____
Hai fatto colazione questa mattina?	_____
Il tuo peso è sempre lo stesso?	_____
Sei stato a contatto con persone infette e/o sospette di aver contratto il covid-19?	_____

INFORMAZIONI DI CONTATTO

Numero di telefono	_____
Posta elettronica	_____
Indirizzo	_____

**SE HAI ALTRE SEGNALAZIONI SUL TUO STATO DI
SALUTE CHIAMACI PRIMA DI VENIRE!**