

COVID-19 Testing

Si è sottoposto / sottoposta / sottoposte al test diagnostico per COVID-19? (Non si tratta del test sierologico, argomento affrontato in una sezione separata del questionario.) *

- Sì, almeno una volta
- No, ho provato ma non ho potuto
- No, non ho provato

Quante volte è stato effettuato il test su di lei? *

- 1
- 2
- 3
- Altro

In che data è stato effettuato il test **la prima volta** ? (Se non ricorda la data esatta, indichi una data stimata) *

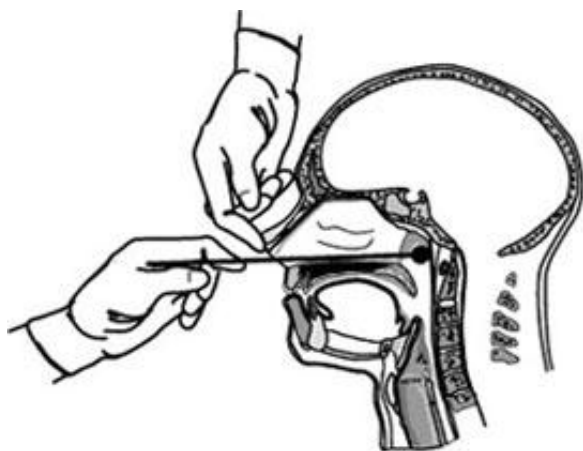
	Mese	Giorno	Anno
Si prega di selezionare:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Ha indicato una stima invece della data esatta?

Sì, era una stima

Che tipo di test diagnostico per COVID-19 è stato effettuato **la prima volta** ?

- Nasale (secrezioni nasali dalle narici, senza coinvolgere il naso e la gola)
- Nasofaringeo (secrezioni nasali dalle narici, coinvolgendo la cavità dietro a naso e gola)



- Gola
- Altro

Qual era il risultato del test? *

- Positivo
- Negativo

Inconcludente/In attesa dei risultati

In che data è stato effettuato il test **per la seconda volta** ? (Se non ricorda la data esatta, indichi una data stimata) *

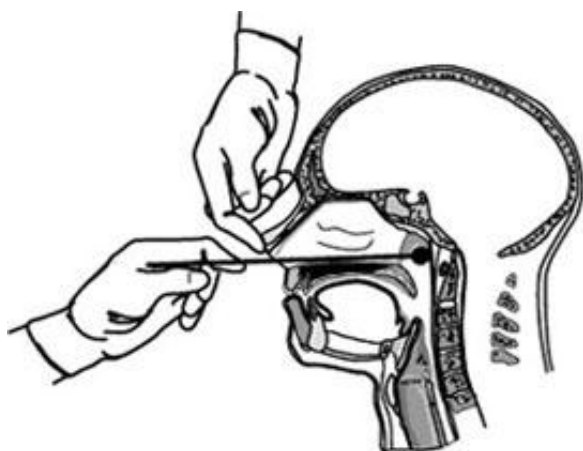
	Mese	Giorno	Anno
Si prega di selezionare:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

Ha indicato una stima invece della data esatta?

Sì, era una stima

Che tipo di test diagnostico per COVID-19 è stato effettuato **la seconda volta**?

- Nasale (secrezioni nasali dalle narici, senza coinvolgere il naso e la gola)
- Nasofaringeo (secrezioni nasali dalle narici, coinvolgendo la cavità dietro a naso e gola)



Gola

Altro

Qual era il risultato del test? *

- Positivo
- Negativo
- Inconcludente/In attesa dei risultati

In che data è stato effettuato il test **per la terza** volta? (se non ricorda la data esatta, indichi una data stimata) *

	Mese	Giorno	Anno
Si prega di selezionare:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="2020"/>

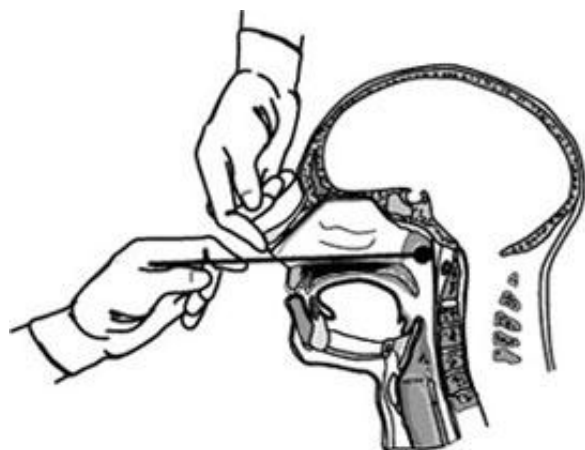
Ha indicato una stima invece della data esatta?

- Sì, era una stima

Che tipo di test diagnostico per COVID-19 è stato effettuato **la terza volta** ?

- Nasale (secrezioni nasali dalle narici, senza coinvolgere il naso e la gola)

- Nasofaringeo (secrezioni nasali dalle narici, coinvolgendo la cavità dietro a naso e gola)



- Gola
- Altro

Qual era il risultato del test? *

- Positivo
- Negativo
- Inconcludente/In attesa dei risultati

Se si è sottoposto / sottoposta / sottoposte ad altri test, li elenchi qui. Scriva ogni nuovo test su una nuova riga, indicando il tipo, la data e il risultato separati da una virgola. Per esempio: Nasofaringeo, 4-1-20, Positivo. Se non ricorda la data esatta, inserisca la data più vicina.