

Здравна анкета 2020

Име: _____

Рожден ден: _____ Дата: _____

Здравна листовка за оценка на риска от инфекция / Корона

Имали ли сте температура (над 38°C) през последните 7 дни?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
Имали ли сте втрисане?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
Имате ли загуба на мирис или вкус?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
Имате ли упорита кашлица?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
Имате ли възпалено гърло?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
Имате ли настинки (без алергия)?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
Имате ли диария?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
Променило ли се е здравето ви през последните 14 дни?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
Страда ли член на семейството Ви или близки лица от горните симптоми?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
През последните 14 дни, били ли сте съзнателно в контакт с човек, при който е бил диагностициран COVID-19?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
Били ли сте съзнателно в контакт с лице със съмнение за COVID-19 през последните 14 дни?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не
Тестван ли сте положително за корона-вирус през последните 14 дни? Ако е така, кога? _____	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Не

 Подпис на пациента

 Подпис на служител