

Анкета о состоянии здоровья 2020

Фамилия, Имя: _____

Дата рождения: _____ Дата: _____

Лист опроса состояния здоровья для оценки риска инфекции / Корона

Была ли у вас лихорадка (выше 38 градусов по Цельсию) в течение последних 7 дней?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
У Вас был озноб?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
У Вас есть потеря обоняния или вкуса?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у Вас постоянный кашель?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
У Вас болит горло?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у Вас насморк (не аллергический)?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Есть ли у Вас жидкий стул ?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Изменилось ли состояние Вашего здоровья за последние 14 дней?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Страдают ли члены Вашей семьи или другие близкие Вам люди от вышеуказанных симптомов?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Был ли у Вас в течении последних 14 дней контакт с человеком, у которого был обнаружен новый Корона-вирус (Ковид-19) ?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
Был ли у Вас в течении последних 14 дней контакт с человеком, у которого есть подозрение на новый Корона-вирус (Ковид-19)?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
У Вас уже был когда-нибудь положительный результат на Corona/SARS-CoV-2-Тест ? Если да, то когда?	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

 Подпись пациента

 Подпись сотрудника отделения