

Sağlık anketi 2020

İsim: _____

Doğum tarihi: _____ Tarih: _____

Enfeksiyon / Korona risk değerlendirmesi için sağlık anketi

Son 7 gün içinde (38°C'nin üzerinde) ateşiniz oldu mu?	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır
Soğuk terleme oldu mu?	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır
Koku veya tat kaybınız var mı?	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır
Sürekli öksürüyor musunuz?	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır
Boğazınız ağrıyor mu?	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır
Burun akıntınız var mı? (alerji hariç)	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır
İshal oldunuz mu?	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır
Son 14 günde sağlığınız değişiklik oldu mu?	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır
Bir aile üyesi veya yakınınızda yukarıdaki belirtilere rastladınız mı?	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır
Son 14 gün içinde, bilerek corona virüs tespit edilmiş bir kişi ile temasta bulundunuz mu? (COVID-19)?	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır
Son 14 gün içinde Korona Virüs (COVID-19) enfeksiyonu olma şüphesi olan bir kişi ile temasta bulundunuz mu?	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır
Korona/SARS-CoV-2 testi olup, pozitif sonuç aldınız mı? Cevabınız evet ise, ne zaman? _____	<input type="radio"/> evet	<input type="radio"/> hayır

İmza Hasta_____
HZ Görevli