|  |
| --- |
| **A *BETEG SZEMÉLYRE* VONATKOZÓ ALAPADATOK**  |
| Vezetékneve és keresztneve |  |
| Születési dátuma (ÉV.HÓ.NAP) |  |
| Mért testhőmérséklet |  |
| **A *BETEG SZEMÉLY* EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATAI** |
| **[A]** Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e? | ☐ Láz (≥38 ºC) ☐ Hányás, hasmenés☐ Köhögés☐ Légszomj |
| Tünet(ek) kezdete (ÉV.HÓ.NAP)  |  |
| **[B1]** Járt-e külföldön az elmúlt 14 napban? | ☐ Nem☐ Igen, az alábbi területen/országban:  |
| **[B2]** Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban új koronavírussal fertőzött személlyel vagy volt-e kontaktusban Covid-19 miatt karanténban lévő személlyel? | ☐ Nem☐ Igen |
| Amennyiben IGEN, kérem jelölje ki az alábbiak közül az Önre jellemzőt | ☐ Egy háztartásban él új koronavírus fertőzött vagy gyanús beteggel☐ Személyes kapcsolatba került új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő)☐ Zárt légtérben tartózkodott új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) pl. munkahely, osztályterem, kórházi beteglátogatás)☐ Az előírt egyéni védőeszközök alkalmazása nélkül a COVID-19 beteg közvetlen ellátásában/ápolásában részt vett, vagy aki laboratóriumi dolgozóként COVID-19 beteg mintáit kezelte |
| Egyéb megjegyzések: |
| **A *BETEG* COVID-19 GYANÚ SZEMPONT SZERINTI MINŐSÍTÉSE** **(Az előszűrést végző dolgozó tölti ki!)** |
| ☐ GYANÚS ESET\* | ☐NEM GYANÚS ESET |
| Berettyóújfalu, 2020.……….….hó….…….nap | Az előszűrést végző személy szignója: |