

<b>Gróf Tisza István Kórház Berettyóújfalu</b>	<b>KORONAVÍRUS KÉRDŐÍV</b>	ER/A4800316015 1. sz. melléklet Változat: 3 Lap: 1 / 1
--	----------------------------	---

<b>A <u>BETEG SZEMÉLYRE</u> VONATKOZÓ ALAPADATOK</b>
--

Vezetékneve és keresztnéve	
Születési dátuma (ÉV.HÓ.NAP)	
Mért testhőmérséklet	

<b>A <u>BETEG SZEMÉLY</u> EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATAI</b>
---

[A] Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e?	<input type="checkbox"/> Láz ( $\geq 38$ °C) <input type="checkbox"/> Hányás, hasmenés <input type="checkbox"/> Köhögés <input type="checkbox"/> Légszomj
--	---

Tünet(ek) kezdete (ÉV.HÓ.NAP)	
-------------------------------	--

[B1] Járt-e külföldön az elmúlt 14 napban?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen, az alábbi területen/országban:
--	---

[B2] Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban új koronavírusal fertőzött személlyel vagy volt-e kontaktusban Covid-19 miatt karanténban lévő személlyel?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen
--	---

Amennyiben IGEN, kérem jelölje ki az alábbiak közül az Önre jellemzőt	<input type="checkbox"/> Egy háztartásban él új koronavírus fertőzött vagy gyanús beteggel  <input type="checkbox"/> Személyes kapcsolatba került új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő)  <input type="checkbox"/> Zárt légtérben tartózkodott új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) pl. munkahely, osztályterem, kórházi beteglátogatás)  <input type="checkbox"/> 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 (kórházba jövetel célja):

<b>A <u>BETEG</u> COVID-19 GYANÚ SZEMPONT SZERINTI MINŐSÍTÉSE (Az előszűrést végző dolgozó tölti ki!)</b>
---

<input type="checkbox"/> GYANÚS ESET*	<input type="checkbox"/> <u>NEM</u> GYANÚS ESET
---------------------------------------	---

Berettyóújfalu, 2020.....hó.....nap	Az előszűrést végző személy szignója:
-------------------------------------	---------------------------------------

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek. Ezt aláírással igazolom.

.....  
beteg / törvényes képviselő / látogató aláírása