

Kérdőív a COVID-19 fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez

ALAPADATOK ÉS ELÉRHETŐSÉGEK		DÁTUM:
Vezetéknéve és keresztnéve		TAJ: - -
Tartózkodási helye (pontos cím)		
Telefonszáma, email címe		
Neme	<input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő	
Születési dátuma (ÉV.HÓ.NAP)	Testhőmérséklet:	
Foglalkozása (különösen eü. dolgozó vagy szociális e?)	int. dolgozója-	
1. Az alábbi tünetek bármelyikéttapasztalta-e az elmúlt 14 napban vagy jelenleg? (kiemelt betűtípussal jelölt tünetekből 1 is elegendő a gyanúhoz) Láz esetén annak egyéb oka is lehet, ez is vizsgálandó!	<input type="checkbox"/> Láz (≥ 38 °C) <input type="checkbox"/> Köhögés <input type="checkbox"/> Légszomj <input type="checkbox"/> Hirtelen szaglászvesztés, ízérzékelés csökkenése <input type="checkbox"/> Egyéb légúti tünet <input type="checkbox"/> Gyengeség <input type="checkbox"/> Végtagfájdalom <input type="checkbox"/> Egyéb influenzaszerű tünet <input type="checkbox"/> Hányás vagy hasmenés	
2. Tud-e arról, hogy COVID-19 fertőzött lenne? 2.a Végeztek-e nála az elmúlt 14 napban COVID tesztet (orr-garat mintavétel)?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem időpontja: eredménye:	
3. Az elmúlt 14 napban járt-e külföldön?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen, az alábbi területen/országban: Karanténban volt-e? <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem COVID tesztje készült-e? <input type="checkbox"/> Igen (2db) <input type="checkbox"/> Nem Eredménye:	
4. Került-e szoros kapcsolatba az elmúlt 14 napban megerősített vagy valószínűsített COVID-19 fertőzött személlyel? (Akár otthonában, akár szociális intézmény gondozottjaként)	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen, a kontaktus leírása: időpontja:	
5. Találkozott-e olyan személlyel az elmúlt 14 napban, aki házi karanténban van?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem	
6. Él-e Önnel egy háztartásban olyan személy, aki házi karanténban van?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem Ha a válasz igen, mi miatt van karanténban? Neki van-e az alábbiak közül valamilyen tünete? <input type="checkbox"/> Láz (≥ 38 °C) <input type="checkbox"/> Köhögés <input type="checkbox"/> Légszomj <input type="checkbox"/> Egyéb légúti tünet <input type="checkbox"/> Gyengeség <input type="checkbox"/> Végtagfájdalom <input type="checkbox"/> Egyéb influenzaszerű tünet	
7. Él-e Önnel egy háztartásban olyan személy, aki külföldről jött haza?	<input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem Ha a válasz igen, neki van-e az alábbiak közül valamilyen tünete? <input type="checkbox"/> Láz (≥ 38 °C) <input type="checkbox"/> Köhögés <input type="checkbox"/> Légszomj <input type="checkbox"/> Egyéb légúti tünet <input type="checkbox"/> Gyengeség <input type="checkbox"/> Végtagfájdalom <input type="checkbox"/> Egyéb influenzaszerű tünet	
COVID-19 GYANÚ SZEMPONT SZERINTI MINŐSÍTÉS		
<input type="checkbox"/> GYANÚS ESET	<input type="checkbox"/> NEM GYANÚS ESET	