



COVID-19-ის სიმპტომების სკრინინგის ფორმა

ეს ფორმა უნდა იქნეს გამოყენებული იმაში დასარწმუნებლად, რომ თქვენ არ გაქვთ COVID-19-ის სიმპტომები და წარმოადგენთ ნაკლებ რისკს სხვებისთვის.

თარიღი: დღ | თთ | 2020

სახელი, გვარი: _____

ტელეფონი: _____ ელ. ფოსტა: _____

კითხვარი

(გთხოვთ, სწორ პასუხს დაუსვათ X და არ დატოვოთ უპასუხოდ არცერთი კითხვა)

ამჟამად დასმული გაქვთ COVID-19-ის დიაგნოზი ან ფიქრობთ, რომ შეიძლება გქონდეთ COVID-19?

კი	არა
----	-----

გქონდათ თუ არა კონტაქტი COVID-19-ის დადასტურებულ ან საგარეულო შემთხვევასთან გასული 12 დღის განმავლობაში?

კი	არა	შესაძლოა
----	-----	----------

გქონდათ თუ არა COVID-19-ის შემდეგი სიმპტომები ბოლო 12 დღის განმავლობაში?:

მაღალი ტემპერატურა (ცხელება)

კი	არა
----	-----

ახალი, უწყვეტი მშრალი ხველა

კი	არა
----	-----

ახალი, აუხსნელი სუნთქვის უკმარისობა

კი	არა
----	-----

ახალი, აუხსნელი დაღლილობა, დაქანცულობა

კი	არა
----	-----

ახალი, აუხსნელი კუნთების ტკივილი

კი	არა
----	-----

ყელის ტკივილი

კი	არა
----	-----

გემოს დაკარგვა

კი	არა
----	-----

ცნოსვის დაკარგვა

კი	არა
----	-----

თუ თქვენ უპასუხებთ „კი“ ნებისმიერ ამ შეკითხვას, უნდა დარჩეთ სახლში და აცნობოთ თქვენს მენეჯერს და ექიმს.

თქვენ უნდა დაიცვათ თქვენს ტერიტორიაზე მოქმედი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ამჟამინდელი მითითებები.

ვადასტურებ, რომ ჩემს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია შეესაბამება სიმართლეს და ვაცნობიერებ, თუ რა პოტენციური საფრთხის წინაშე ვაყენებ სამოგადობას არასწორი ინფორმაციის მოწოდების შემთხვევაში.

ხელმოწერა

შემდეგი შეკითხვა განკუთვნილია მხოლოდ სამედიცინო პერსონალისთვის:

განხორციელდა თუ არა ინფექციის პრევენციის ყველა ღონისძიება, შესაბამისი პირადი დამცავი აღჭურვილობის გამოყენებასთან ერთად, COVID-19-ით ინფიცირებული დადასტურებული ან საეჭვო პაციენტების გასინჯვისას გასული 12 დღის განმავლობაში?

კი	არა	უცნობია
----	-----	---------