

TRIAŽNI VPRAŠALNIK ZA PACIENTE ZARADI EPIDEMIJE COVID – 19

Ime in priimek pacienta:

Datuma rojstva:

Datum:

Ali ste imeli v zadnjih 14 dneh oz. imate katerega od naslednjih simptomov?

	DA	NE
1.povišana TT (nad 37,5°C)		
2.nahod		
3.kašelj		
4.spremenjen okus ali vonj		
5.bolečine v žrelu		
6.občutek težkega dihanja*		
7.slabo počutje*		
8.diareja*		
9.konjunktivitis*		
Ali ste imeli v zadnjih 14 dneh:		
stik s COVID pozitivno osebo?		
okužbe članov istega gospodinjstva?		
Ali ste preboleli ali bili pozitivni na COVID-19?		
če je odgovor DA, kdaj?		

S podpisom jamčim za točnost podatkov. Podpis pacienta:

Podpis odgovorne osebe in datum:

Pregledal/Podpis zdravnika: