

שאלון למטופל/מלווה בעת התפרצות מגיפת הקורונה

במקרה של קטין ו/או בעל מוגבלות מנטלית ימולא על ידי המלווה.

תאריך ושעה: _____

ערך מדידת חום במרפאה על ידי הצוות: _____

1. האם הינך חולה במחלת הקורונה (COVID-19)? כן/לא
2. האם אתה או מישהו ממשפחתך הקרובה בבידוד ב-14 ימים אחרונים? כן/לא
3. האם עברת בדיקה לנגיף הקורונה: כן/לא, תאריך הבדיקה: _____
תוצאה: חיובי/שלילי
4. האם היית במגע עם אדם חשוד או בעל אבחנה של מחלת הקורונה (COVID-19)
ב-14 ימים אחרונים? כן/לא
5. האם חווית ב-14 הימים האחרונים תסימנים דמויי שפעת כמו חום, שיעול, קשיי
נשימה, צמרמורות, אובדן חוש הריח ו/או הטעם, אחר (לציין): _____ כן/לא
(הקף את התסמינים שחווית).
האם היית במגע קרוב עם אדם שחווה תסימנים כאלו? כן/לא
6. האם נמדד חום ביממה האחרונה: כן/לא, האם נטלת כדור להורדת חום ביממה
האחרונה: כן/לא.

על החתום:

שם: _____

מספר תעודת זהות: _____

חתימת המטופל: _____

