

Csekklista a COVID-19 fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez

A <u>BETEG SZEMÉLYRE</u> VONATKOZÓ ALAPADATOK ÉS ELÉRHETŐSÉGEK	
Vezetékeve és keresztnéve	
Anyja neve	
TAJ száma	
Állandó lakcíme	
Tartózkodási helye	
Telefonszáma, email címe	
Tagszervezet neve	
Sportág/sportaktivitás szintje	Ju-Jitsu/versenyző
Neme	<input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő
Születési helye, dátuma (év. hó. nap)	
A <u>BETEG SZEMÉLY</u> EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATAI	
[A] Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e? <input type="checkbox"/> Nem	<input type="checkbox"/> Láz (≥ 38 °C) <input type="checkbox"/> Köhögés <input type="checkbox"/> Légszomj <input type="checkbox"/> Ízületi fájdalom <input type="checkbox"/> Indokolatlan fáradtság <input type="checkbox"/> Hasmenés <input type="checkbox"/> Hidegrázás <input type="checkbox"/> Fejfájás <input type="checkbox"/> Orrfolyás <input type="checkbox"/> Izomfájdalom <input type="checkbox"/> Hányinger/hányás <input type="checkbox"/> Torokfájás <input type="checkbox"/> Ízérzés elvesztése <input type="checkbox"/> Szaglás elvesztése
Tünet(ek) kezdete (ÉV.HÓ.NAP)	
[B1] Melyik országban járt az elmúlt 14 napban? <input type="checkbox"/> Nem jártam külföldön	<input type="checkbox"/> Igen, az alábbi területen/országban:
[B2] Került-e szoros kapcsolatba az elmúlt 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött személlyel? <input type="checkbox"/> Nem	<input type="checkbox"/> Igen, a kontaktus leírása:
Volt-e PCR koronavírus tesztje? <input type="checkbox"/> Nem	<input type="checkbox"/> Igen
A teszt időpontja és eredménye?	
Volt-e karanténban és meddig? <input type="checkbox"/> Nem	<input type="checkbox"/> Igen, dátuma:.....
A <u>BETEG SZEMÉLY</u> COVID-19 GYANÚ SZEMPONT SZERINTI MINŐSÍTÉSE	
<input type="checkbox"/> NEM GYANÚS ESET	<input type="checkbox"/> GYANÚS ESET
Megjegyzés:	

Hely, dátum: Kartal, 2021.03.06...... A minősítést végző szakdolgozó:

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti válaszaim a valóságnak megfelelnek. Amennyiben több alkalmas kezelésen veszek részt és állapotomban változás következik be, azt a beléptetési ponton (TRIÁZS) haladéktalanul jelzem:

A sportoló (vagy törvényes képviselőjének) aláírása: