|  |  |
| --- | --- |
| **بسمه تعالی**دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساوه | **C:\Users\ums\Desktop\آرم دانشکده2.png** |
| **عنوان: پرسشنامه غربالگری اولیه بیماران سرپایی مراجعه کننده به واحد آزمایشگاه تست های تنفسی از نظر ابتلا به کوید-19** | تاریخ آخرین بازنگری:تاریخ آخرین ابلاغ**:** |

نام و نام خانوادگی: کد بیمار: سن: شماره تلفن همراه:

**این بخش به عنوان اظهارنامه بیمار بوده و توسط وی امضاء می گردد:**

**-علائم بیماری کوید-19:**

تب 🞏 تنگی نفس 🞏 سرفه 🞏 گلو درد 🞏

احساس سرما و لرز🞏 بدن درد 🞏 سر درد شدید🞏 از دست دادن حس بویایی یا چشایی 🞏

احساس تهوع 🞏 اسهال🞏 دل درد🞏 احساس خستگی شدید🞏

 **-طی 14 روز گذشته سفر داشته ام؟**

 بله 🞏 خیر 🞏

اگر بله : تاریخ سفر ...................................................................مکان سفر و شهرهای بازدید شده ...............................................................

**-در 14 روز گذشته با فرد ( یا اعضا خانواده) مشکوک یا تایید شده عفونت کرونا تماس داشته ام؟**

بله 🞏 خیر 🞏 توضیحات ...............................................................................................................................................

**اینجانب ....................................................................صحت کلیه اظهارات فوق را تایید می نمایم.**

 تاریخ ........................ نام و نام خانوادگی بیمار

 امضا و اثر انگشت

**این بخش توسط تیم بهداشت و درمان تکمیل می گردد.**

درجه حرارت بدن ................................................... علائم بیماری کوید-19 ...................................................

وضعیت خطر بیمار از جهت ابتلا به بیماری کوید-19 نرمال 🞏 مشکوک 🞏

توصیه پزشک: