



Csekklista a COVID-19 fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez

A BETEG SZEMÉLYRE VONATKOZÓ ALAPADATOK ÉS ELÉRHETŐSÉGEK	
Vezetéknéve és keresztnéve	
Anyja neve	
TAJ száma	
Állandó lakcíme	
Tartózkodási helye	
Telefonszáma, email címe	
Állampolgársága	
Sportág/sportaktivitás szintje	
Neme	<input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő
Születési helye, dátuma (év. hó. nap)	
A BETEG SZEMÉLY 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 <input type="checkbox"/> Szemviszketés
Tünet(ek) kezdet e (ÉV.HÓ.NAP)	
[B1] Melyik országban járt az elmúlt 7 napban? <input type="checkbox"/> Nem jártam külföldön	<input type="checkbox"/> Igen, az alábbi területen/országban:
[B2] Került-e szoros kapcsolatba az elmúlt 7 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött személlyel? <input type="checkbox"/> Nem	<input type="checkbox"/> Igen, a kontaktus leírása:
Volt-e Ag gyors, vagy PCR koronavírus tesztje , az elmúlt 14 napban? <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 BETEG SZEMÉLY COVID-19 GYANÚ SZEMPONT SZERINTI MINŐSÍTÉSE	
<input type="checkbox"/> NEM GYANÚS ESET	<input type="checkbox"/> GYANÚS ESET
Megjegyzés:	

Hely, dátum: 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: