

Hastalar/Refakatçiler/Ziyaretçiler için SARS-COV2 Enfeksiyonu Giriş Taraması

Formu doldururken dikkat edilmesi gerekenler: Lütfen cevaplanması gereken yerleri cevaplayınız, işaretlenmesi gereken yerleri de „X“ ile işaretleyiniz

Kişi ile ilgili genel bilgiler

Hasta etiketi (varsa eğer)	Adı, Soyadı			
	Doğum tarihi			
	Adres			
	Telefon numarası			
	Kim ziyaret ediliyor?			
Ayakta tedavi gören <input type="radio"/>	Ziyaret <input type="radio"/>	Refakatçi <input type="radio"/>	Planlı yatış <input type="radio"/>	Plansız yatış <input type="radio"/>

Şu anda veya son 14 gün içerisinde aşağıdakilerden birisi ile karşılaştınız mı?

Ateş (38 derece üzerinde)	EVET <input type="radio"/>	HAYIR <input type="radio"/>
Akut kusma	EVET <input type="radio"/>	HAYIR <input type="radio"/>
Akut ishal	EVET <input type="radio"/>	HAYIR <input type="radio"/>
Boğaz ağrısı	EVET <input type="radio"/>	HAYIR <input type="radio"/>
Öksürük (yeni başlayan öksürük veya kronik öksürüğün daha da kötüye gitmesi)	EVET <input type="radio"/>	HAYIR <input type="radio"/>
Solunum güçlüğü (yeni başlayan solunum güçlüğü veya var olan solunum güçlüğüne daha da kötüye gitmesi)	EVET <input type="radio"/>	HAYIR <input type="radio"/>
Tat ve/veya koku duyusunun kaybolması	EVET <input type="radio"/>	HAYIR <input type="radio"/>
Şiddetli halsizlik veya kas ağrıları	EVET <input type="radio"/>	HAYIR <input type="radio"/>
Korona virüs (SARS-COV2) teşhisi konmuş veya şüpheli olan bir kişiyle temas ettiniz mi veya çevrenizde (evde, yerleşim yerinde, huzur evinde) bildiğiniz vakalar var mı?	EVET <input type="radio"/>	HAYIR <input type="radio"/>
Siz veya ev halkınızdan diğer kişiler devletin uygulamasıyla/kendi tercihinizle bir karantinde bulundunuz mu veya size bir korona testi yapıldı mı?	EVET <input type="radio"/>	HAYIR <input type="radio"/>

Sorulardan herhangi birisinin Evet ile cevaplanması durumunda, bir doktor muayene süreci gerekli olacaktır (enfeksiyon riski) → Kırmızı kategoride merkezi acil servis veya travma bölümü vs. (telefon görüşmesi ile belirlenecektir) belirsiz olan vakalarda acil servis veya ilgili poliklinikler ile görüşülüp sürecin devamı belirlenecektir.



Tarih, İmza: _____