

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ COVID-19 ДЛЯ ПАЦИЕНТА ИЛИ СОПРОВОЖДАЮЩЕГО ЛИЦА

ПАЦИЕНТ

Имя и фамилия

Личный код

ИЛИ

СОПРОВОЖДАЮЩЕЕ ЛИЦО

Имя и фамилия

Личный код

1. Соприкасались ли вы или кто-то из ваших домочадцев с пациентами COVID- 19 за последние 14 дней?

Да когда

Нет

2. Имеется ли у вас хотя бы один из симптомов?

Да

Нет

- температура тела выше 37,8оС
- кашель
- боль в горле
- затрудненное дыхание, нехватка воздуха
- нарушение обоняния и/или вкуса
- мышечная боль
- усталость
- расстройство желудка/диарея (понос)

3. Делался ли вам раньше анализ на COVID-19, который оказался позитивным?

Да когда

Нет

.....

/подпись/

.....

/число/