



Medical

COVID-19-ის სიმპტომების შემოწმება



ეს ფორმა უნდა იქნეს გამოყენებული იმაში დასარწმუნებლად, რომ თქვენ არ გაქვთ COVID-19-ის სიმპტომები და წარმოადგენთ ნაკლებ რისკს სხვებისთვის.

***აუცილებელია**

თარიღი *

დდ

თთ

წწწწ

სახელი *

საკონტაქტო ინფორმაცია - ელფოსტა *

საკონტაქტო ინფორმაცია - მობილური ტელეფონის ნომერი * *

ამჟამად დასმული გაქვთ COVID-19-ის დიაგნოზი ან ფიქრობთ, რომ შეიძლება გქონდეთ COVID-19? *

- ☐ დიახ
☐ არა

გქონდათ თუ არა COVID-19-ის რაიმე სიმპტომები ბოლო 14 დღის განმავლობაში?

მაღალი ტემპერატურა (ცხელება) *

- ☐ დიახ
☐ არა

ახალი უწყვეტი ხველა *

- ☐ დიახ
☐ არა

ახალი აუხსნელი სუნთქვის უკმარისობა *

- ☐ დიახ
☐ არა

გქონდათ თუ არა კონტაქტი COVID-19-ის დადასტურებულ ან სავარაუდო შემთხვევასთან გასული 14 დღის განმავლობაში *

- ☐ დიახ
☐ არა
☐ შესაძლოა



COVID-19-ის სიმპტომების შემოწმება



თუ თქვენ უპასუხეთ „დიახ“ ნებისმიერ ამ შეკითხვას, უნდა დარჩეთ სახლში და აცნობოთ თქვენს მენეჯერს და ექიმს. თქვენ უნდა დაიცვათ თქვენს ტერიტორიაზე მოქმედი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ამჟამინდელი მითითებები.

გთხოვთ გაითვალისწინოთ, რომ შემდეგი შეკითხვა განკუთვნილია მხოლოდ სამედიცინო პერსონალისთვის

განხორციელდა თუ არა ინფექციის პრევენციის ყველა ღონისძიება, შესაბამისი პირადი დამცავი აღჭურვილობის გამოყენებასთან ერთად, COVID-19-ით ინფიცირებული დადასტურებული ან საექვო პაციენტების გასინჯვისას გასული 14 დღის განმავლობაში?

- ☐ დიახ
- ☐ არა
- ☐ უცნობია