



Форма проверки симптомов COVID-19



Данная форма должна использоваться для подтверждения отсутствия симптомов COVID-19, которые могут подвергнуть риску других людей.

***необходимо**

Дата*

ДД

ММ

ГГГГ

Имя*

Контактная информация – адрес эл. почты*

Контактная информация - номер мобильного телефона*

Был ли вам поставлен диагноз COVID-19 или вы считаете, что вы им заражены? *

- ☐ Да
☐ Нет

Испытывали ли вы следующие симптомы COVID-19 в течение последних 14 дней?

Повышенная температура (жар) *

- ☐ Да
☐ Нет

Новый продолжающийся кашель*

- ☐ Да
☐ Нет

Новая, не поддающаяся объяснению, одышка*

- ☐ Да
☐ Нет

Находились ли вы в непосредственном контакте с лицом с подтвержденным заражением COVID-19 или с подозрением на заражение в течение последних 14 дней*

- ☐ Да
☐ Нет
☐ Может быть

Если вы ответили ДА на любой из этих вопросов, вас следует оставаться дома и связаться с вашим менеджером или врачом. Вам следует следовать рекомендациям местных органов здравоохранения.



Форма проверки симптомов COVID-19



Пожалуйста, примите во внимание, что следующий вопрос предназначен только для медицинского персонала

Были ли применены все меры предотвращения распространения инфекции и были ли использованы соответствующие средства личной защиты при осмотре пациентов с подтвержденным или подозреваемым заражением COVID-19 за последние 14 дней?

- ☐ Да
- ☐ Нет
- ☐ Неприменимо