**« به نام خدا »**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتی درمانی قم -مرکز بهداشت استان | **پرسشنامه غربالگری اولیه بیماران سرپایی مراجعه کننده به منظور تست‌های تنفسی از نظر ابتلا به کویید-19** | |
| **شماره پرونده** |  |
| **شماره استخدامی شاغل** |  |

|  |
| --- |
| **مشخصات فردی شاغل:** |

**نام و نام خانوادگی: ................................... نام پدر: ..................... جنس : 🞎 مرد 🞎 زن سال تولد:..............**

**کدملی: ................................................نام واحد کاری: ................................... نام کارفرما:...........................................**

**آدرس و تلفن محل کار: ...........................................................................**

|  |
| --- |
| **این بخش به عنوان اظهارنامه بیمار بوده و توسط وی امضاء می گردد.** |

علائم بیماری کووید-19 :

**تب🞎 تنگی نفس🞎 سرفه🞎 گلودرد🞎 احساس سرما و لرز🞎 بدن درد🞎 سردرد شدید🞎 از دست دادن حس بویایی و یا چشایی🞎 احساس تهوع🞎 اسهال 🞎دل درد 🞎 احساس خستگی شدید🞎**

**طی 14 روز گذشته سفر داشته ام؟ بلی🞎 خیر🞎**

**اگر بله تاریخ سفر : مکان سفر و شهرهای بازدید شده:**

**در 14 روز گذشته با فرد (یا اعضای خانواده) مشکوک یا تایید شده عفونت کرونا تماس داشته ام؟ بلی🞎 خیر 🞎 توضیحات:........................................................................................................................**

**اینجانب ................................... صحت کلیه اظهارات فوق را تایید می نمایم.**

**تاریخ.................................... نام و نام خانوادگی.....................................**

**امضاء اثر انگشت**

|  |
| --- |
| **این بخش توسط تیم بهداشت و درمان تکمیل می گردد.** |

**درجه حرارت بدن علائم بیماری کووید19**

**وضعیت خطر بیمار از جهت ابتلا به کووید19 : نرمال 🞎 مشکوک🞎**

**توصیه پزشکی:**

**مهر و امضاء پزشک**