DOTAZNÍK PACIENTA S PODOZRENÍM NA COVID-19

Meno:
Priezvisko:
Rodné číslo:
Adresa trvalého pobytu a PSČ:
Iná adresa (momentálny pobyt v BA kraji):
Telefón:
Poisťovňa:
Pracovisko (názov, adresa):
Klinický obraz: horúčka konjunktivitída nádcha zimnica kašeľ bolesť v krku dýchavičnosť bolesť svalov bolesť hlavy bolesť brucha bolesť kĺbov hnačka celková slabosť iné špecifikuj _____ žiadne (pacient je asymptomatický)
Komorbidity onkol. ochorenie kardiovask. ochorenie diabetes HIV ochorenie obličiek ochorenie pľúc ochorenie pečene neuromuskul. ochorenie iné uviesť aké _____ tehotenstvo uviesť týždeň tehotenstva _____ žiadne
Pobyt v zahraničí v posledných 14 dňoch (krajina, presné miesto pobytu? od-do? spôsob dopravy do a z krajiny ☐ vlak ☐letecky ☐ auto ☐ autobus ☐iné _____):
Blízky kontakt s potvrdeným prípadom COVID-19 za posledných 14 dni? (Meno, dátum kontaktu, bol to blízky kontakt?)

Fajčenie	ÁNO	NIE
Blízky kontakt s "pendlerom"	ÁNO	NIE
Rapid test	**IgM**	**IgG**