



**טופס הצהרת מטופלת / מלווה
חשיפה לנגיף הקורונה COVID-19**

פרטים אישיים / מדבקה:

שם מלא: _____ ת.ז: _____

מבקשים למלא את כל הפרטים האלה במידה והיו בשבועיים האחרונים:

<input type="checkbox"/> חום <input type="checkbox"/> שיעול <input type="checkbox"/> כאבי גרון <input type="checkbox"/> קוצר נשימה	<input type="checkbox"/> צמרמורות <input type="checkbox"/> כאבי ראש <input type="checkbox"/> כאבי שרירים <input type="checkbox"/> כאבי בטן	<input type="checkbox"/> הקאות <input type="checkbox"/> שלשולים <input type="checkbox"/> איבוד חוש ריח / טעם <input type="checkbox"/> אחר: _____	תלונות
האם אובחנת כנשאית לנגיף קורונה COVID19: כן / לא (אם כן - תאריך הבדיקה: ____/____/____)			בדיקות לנגיף
כן / לא			שהיה בחו"ל בחדש האחרון
האם אחד מקרובי המשפחה היה עם מחלת חום/ נזלת/ שיעול / כאבי גרון או זיהום כלשהו? כן / לא האם אחד מהאנשים שהיית איתם במגע היה בבידוד בשבועיים האחרונים? כן / לא האם הייתה חשיפה ידועה לחולה מאומת או חשוד למחלת קורונה: כן / לא אם כן, מהו תאריך החשיפה: ____/____/____			חשיפה ידועה לחולה או חשוד ל-COVID 19 או כל מחלה זיהומית אחרת

מסירת הפרטים הנ"ל במלואם לא ימנעו טיפול רפואי הולם.

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים הרשומים למעלה נכונים וידוע לי כי הסתרת מידע עלולה להוות סכנה לבריאות הציבור ולסכן את הצוות הרפואי.

שם מלא _____ חתימה _____ תאריך ____/____/____ שעה _____