



## COVID-19-ის სიმპტომების სკრინინგის ფორმა

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

თარიღი: დღ | თთ | 2020

სახელი, გვარი: \_\_\_\_\_

ტელეფონი: \_\_\_\_\_ ელ. ფოსტა: \_\_\_\_\_

კითხვარი

(გთხოვთ, სწორ პასუხს დაუსვათ X და არ დატოვოთ უპასუხოდ არცერთი კითხვა)

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

კი	არა
----	-----

გქონდათ თუ არა კონტაქტი COVID-19-ის დადასტურებულ ან საგარეულო შემთხვევასთან გასული 12 დღის განმავლობაში? 

კი	არა	შესაძლოა
----	-----	----------

გქონდათ თუ არა COVID-19-ის შემდეგი სიმპტომები ბოლო 12 დღის განმავლობაში?:

მაღალი ტემპერატურა (ცხელება) 

კი	არა
----	-----

ახალი, უწყვეტი მშრალი ხველა 

კი	არა
----	-----

ახალი, აუხსნელი სუნთქვის უკმარისობა 

კი	არა
----	-----

ახალი, აუხსნელი დაღლილობა, დაქანცულობა 

კი	არა
----	-----

ახალი, აუხსნელი კუნთების ტკივილი 

კი	არა
----	-----

ყელის ტკივილი 

კი	არა
----	-----

გემოს დაკარგვა 

კი	არა
----	-----

ცნოსვის დაკარგვა 

კი	არა
----	-----

თუ თქვენ უპასუხებთ „კი“ ნებისმიერ ამ შეკითხვას, უნდა დარჩეთ სახლში და აცნობოთ თქვენს მენეჯერს და ექიმს.

თქვენ უნდა დაიცვათ თქვენს ტერიტორიაზე მოქმედი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ამჟამინდელი მითითებები.

**ვადასტურებ, რომ ჩემს მიერ მოწოდებული ინფორმაცია შეესაბამება სიმართლეს და ვაცნობიერებ, თუ რა პოტენციური საფრთხის წინაშე ვაყენებ სამოგადობას არასწორი ინფორმაციის მოწოდების შემთხვევაში.**

### ხეგმონერა

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 საეჭვო პაციენტების გასინჯვისას გასული 12 დღის განმავლობაში? 

კი	არა	უცნობია
----	-----	---------