

DOTAZNÍK PACIENTA S PODOZRENÍM NA COVID-19

Meno:		
Priezvisko:		
Rodné číslo:		
Adresa trvalého pobytu a PSČ:		
Iná adresa:		
Telefón:		
Poist'ovňa:		
Pracovisko (názov, adresa):		
<p>Klinický obraz: <input type="checkbox"/> horúčka <input type="checkbox"/> konjunktivitída <input type="checkbox"/> nádcha <input type="checkbox"/> zimnica <input type="checkbox"/> kašeľ <input type="checkbox"/> bolesť v krku</p> <p><input type="checkbox"/> dýchavičnosť <input type="checkbox"/> bolesť svalov <input type="checkbox"/> bolesť hlavy <input type="checkbox"/> bolesť brucha <input type="checkbox"/> bolesť kĺbov</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> hnačka <input type="checkbox"/> celková slabosť <input type="checkbox"/> iné špecifikuj _____</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> žiadne (pacient je asymptomatický)</p>		
<p>Komorbidity <input type="checkbox"/> onkol. ochorenie <input type="checkbox"/> kardiovask. ochorenie <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> ochorenie obličiek <input type="checkbox"/> ochorenie pľúc</p> <p><input type="checkbox"/> ochorenie pečene <input type="checkbox"/> neuromuskul. ochorenie <input type="checkbox"/> iné uviesť aké _____</p> <p><input type="checkbox"/> tehotenstvo uviesť týždeň tehotenstva _____ <input type="checkbox"/> žiadne</p>		
<p>Pobyt v zahraničí v posledných 14 dňoch (krajina, presné miesto pobytu? od-do? spôsob dopravy do a z krajiny <input type="checkbox"/> vlak <input type="checkbox"/> letecky <input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> autobus <input type="checkbox"/> iné _____):</p>		
<p>Blízky kontakt s potvrdeným prípadom COVID-19 za posledných 14 dní? (Meno, dátum kontaktu, bol to blízky kontakt?)</p>		
Fajčenie	ÁNO	NIE
Blízky kontakt s "pendlerom"	ÁNO	NIE
Rapid test	IgM	IgG