

תשאול מטופלים טרום טיפול במרפאת השיניים – תקופת הקורונה

יש לצרף את השאלון לאנמנה

שם המטופל/ת _____ ת.ז. _____

תאריך _____ שעת הגעה למרפאה _____

מדידת חום בהגעה למרפאה (לא חובה) _____

לא	כן	
		1. האם הנך חולה מאומת/ת בנגיף הקורונה?
		2. האם היית במגע ישיר עם חולה קורונה?
		3. האם את/ה או מי ממשפחתך הקרובה שהית/ם בבידוד במהלך 14 יום האחרונים?
		4. האם שבת מחו"ל במהלך השבועיים האחרונים?
		5. האם נבדקת להמצאות נגיף הקורונה? אם כן, ציין/י תאריך בדיקה _____ האם חיובי/שלילי
		6. האם חום גופך נימדד במהלך היממה האחרונה? אם כן, ציין/י מידת חום _____
		האם הנך סובל/ת מאחד התסמינים הבאים:
		7. שיעול/קוצר נשימה
		8. כאב גרון
		9. אובדן טעם/ריח
		10. עייפות מוגברת
		11. חום
		12. פריחה כלשהי בגוף
		13. האם הנך נוטל/ת אנטיביוטיקה?
		14. האם הנך נוטלת תרופה להורדת חום?
		15. האם שהית במחיצת אדם שסובל מתסמינים אלה?

שם מלא _____ תעודת זהות _____ חתימת מטופל/ת אפוטרופוס _____

