**АНКЕТА – сортировочный опросник для cool-центров поликлинических отделений медицинских учреждений с целью выявления возможных рисков инфицирования пациентов новой коронавирусной инфекции COVID-19**

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы** | **Да** | **Нет** |
|  | Сколько дней Вы больны? |  |  |
|  | Есть ли у Вас лихорадка (до 38 ºС / более 38 ºС)? |  |  |
|  | Есть ли у Вас озноб или дрожь? |  |  |
|  | Есть ли у Вас кашель? |  |  |
|  | Есть ли у Вас насморк? |  |  |
|  | Есть ли у Вас боли в горле? |  |  |
|  | Есть ли у Вас одышка? |  |  |
|  | Есть ли у Вас потеря обоняния? |  |  |
|  | Есть ли у Вас потеря вкуса? |  |  |
|  | Есть ли у Вас боли в суставах? |  |  |
|  | Есть ли у Вас боли в мышцах? |  |  |
|  | Есть ли у Вас конъюнктивит? |  |  |
|  | Есть ли у Вас диарея? |  |  |
|  | Есть ли у Вас головная боль? |  |  |
|  | Есть ли у Вас тошнота? |  |  |
|  | Есть ли у Вас пневмония по результатам рентгенографии? |  |  |
|  | Были ли Вы в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов? |  |  |
|  | Были ли Вы в контакте с кем-то, у кого есть подтвержденный COVID-19? |  |  |
|  | Был ли Вам установлен диагноз COVID-19? |  |  |
|  | Живете ли Вы в семье с кем-то, у кого был установлен диагноз COVID-19 или были обнаружены симптомы COVID-19? |  |  |
|  | Если у Вас был положительный результат на COVID-19 и Вы проходили лечение, есть ли у Вас медицинское освидетельствование о завершение карантина? |  |  |
|  | Есть ли у Вас прививка от COVID-19? |  |  |
|  | Есть ли у Вас хронические заболевания сердца? |  |  |
|  | Есть ли у Вас хронические заболевания легких? |  |  |
|  | Есть ли у Вас сахарный диабет? |  |  |
|  | Есть ли у Вас показания для проведения гемодиализа? |  |  |
|  | Есть ли у Вас нарушения обмена веществ? |  |  |
|  | Есть ли у Вас неврологические расстройства? |  |  |
|  | Есть ли у Вас ожирение? |  |  |
|  | Есть ли у Вас заболевания почек? |  |  |
|  | Есть ли у Вас сейчас беременность? Если да то какой срок? |  |  |
|  | Есть ли у Вас вредные привычки в частности курение? |  |  |
|  | Есть ли у Вас вероятность заражения на рабочем месте? |  |  |

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_