



**טופס הצהרת המטופלת/מלווה בנושא חשיפה לנגיף הקורונה
COVID-19**

פרטים אישיים / מדבקה

שם פרטי ושם משפחה: _____ ת.ז. : _____

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

מבקשים למלא את כל הפרטים האלה במידה והיו בשבועיים האחרונים:

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

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



האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
Israel Society of Obstetrics and Gynecology
isog@ima.org.il



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

