

الصفحة 1/1	استمارة تسجيل	شعار المركز الاستشفائي ماكون
صيغة: 003	كوفيد 19: استبيان ذاتي لما قبل الاستشفاء أو الفحص	
تاريخ التطبيق: 2020/06/12	المرجع رقم: ADMIN-ENR-765	

استبيان ذاتي

هل تعانيون حالياً أو عانيتم في الأيام الماضية من إحدى أو العديد من الأعراض التالية بصفة غير مألوفة؟

أعراض رئيسية:

- حمى (درجة حرارة < 38°) نعم لا
- سعال جاف نعم لا
- صعوبة في التنفس أو وتيرة تنفس سريعة (< 20/دقيقة) نعم لا
- الخنثم (فقدان حاسة الشم) نعم لا
- فقدان حاسة الذوق نعم لا

أعراض جانبية

- ألم في الحلق نعم لا
- سيلان مخاطي (سيلان الأنف) نعم لا
- ألم في الصدر نعم لا
- ألم عضلي (" ألم في العضلات" / ألم المفاصل) نعم لا
- تدهور الحالة الصحية العامة أو تعب شديد نعم لا
- اختلال ذهني (تداخل الأفكار"، تشتت الذهن) نعم لا
- صداع (ألم في الرأس) نعم لا
- اسهال نعم لا
- غثيان و/أو تقيؤ نعم لا
- طفح جلدي و / أو شرث/ تشقق في الأصابع أو اليد نعم لا

هل كنتم على اتصال مباشر (وجه لوجه، على أقل من متر و / أو خلال أكثر من 15 دقيقة، دون ارتداء قناع من طرفكم أو من الشخص المتصل به) مع شخص مصاب بالكوفيد بشكل مثبت خلال 15 يوم الأخيرة؟ نعم لا

إذا كانت لديكم إجابة واحدة بـ "نعم"، يرجى التقرب من أمانة تحديد المواعيد المشار إليها أعلاه في الاستدعاء.

المركز الاستشفائي لماكون

350 نهج لويس إسكوند -71018 ماكون سدكس