



Hasta Adı Soyadı:
T.C. Kimlik No:
Protokol No:
GSS Provizyon no
Hasta Grubu/Kurumu

Arşiv No
Kabul/Yatış No
Doktor
Servis:
Dosya/Bölüm Kayıt No :

Doğum Tarihi:
Cinsiyet:
Telefon:
Tarih

Ateş ve/veya Öksürük ve/veya Dispne(yurt dışı ve COVID-19 hastası ile temas durumu) varlığında hastalara maske takınız, hastayı izole ediniz ve hekimine bilgi veriniz.

TARİH	HASTA	varsa REFAKATÇİ.....	Sorgula ma yapan
...../...../.....	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	
...../...../.....	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	
...../...../.....	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	
...../...../.....	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	
...../...../.....	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	
...../...../.....	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ ⁰ C ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____gündür SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet Nefes darlığı Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____ Tat- Koku Alma Kaybı, İshal TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____	

TEMAS DURUMU

Son 14 gün içerisinde yurt dışında bulundunuz mu?

Son 14 gün içerisinde ev halkından birisi yurt dışından geldi mi?

Son 14 gün içerisinde ev yakınlarınızdan herhangi birisi solunum yolu hastalığı nedeni ile hastaneye yattı mı ?

Son 14 gün içerisinde yakınlarınızdan COVID-19 hastalığı tanısı alan birisi oldu mu?