



Ateş ve/veya Öksürük ve/veya Dispne (yurt dışı ve COVID-19 hastası ile temas durumu ) varlığında hekimine bilgi verip COVID 19 polikliniklerine yönlendiriniz.

TARİH	HASTA/HASTA YAKINI ADI SOYADI	Yaş	SORGULAMA	SORGULAMA YAPAN
			<p>ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>0</sup>C</p> <p>ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>gündür</sup></p> <p>SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Nefes darlığı</p> <p>Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p> <p>Tat- Koku Alma Kaybı, İshal</p> <p>TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p>	
			<p>ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>0</sup>C</p> <p>ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>gündür</sup></p> <p>SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Nefes darlığı</p> <p>Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p> <p>Tat- Koku Alma Kaybı, İshal</p> <p>TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p>	
			<p>ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>0</sup>C</p> <p>ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>gündür</sup></p> <p>SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Nefes darlığı</p> <p>Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p> <p>Tat- Koku Alma Kaybı, İshal</p> <p>TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p>	
			<p>ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>0</sup>C</p> <p>ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>gündür</sup></p> <p>SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Nefes darlığı</p> <p>Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p> <p>Tat- Koku Alma Kaybı, İshal</p> <p>TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p>	
			<p>ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>0</sup>C</p> <p>ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>gündür</sup></p> <p>SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Nefes darlığı</p> <p>Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p> <p>Tat- Koku Alma Kaybı, İshal</p> <p>TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p>	
			<p>ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>0</sup>C</p> <p>ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>gündür</sup></p> <p>SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Nefes darlığı</p> <p>Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p> <p>Tat- Koku Alma Kaybı, İshal</p> <p>TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p>	
			<p>ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>0</sup>C</p> <p>ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>gündür</sup></p> <p>SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Nefes darlığı</p> <p>Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p> <p>Tat- Koku Alma Kaybı, İshal</p> <p>TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p>	
			<p>ATEŞ veya ateş öyküsü <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>0</sup>C</p> <p>ÖKSÜRÜK <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____<sup>gündür</sup></p> <p>SOLUNUM SIKINTISI <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p> <p>Nefes darlığı</p> <p>Boğaz Ağrısı, Baş Ağrısı, Kas Ağrısı <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p> <p>Tat- Koku Alma Kaybı, İshal</p> <p>TEMAS DURUMU <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet _____</p>	

**TEMAS DURUMU**

Son 14 gün içerisinde yurt dışında buldunuz 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?