

АНКЕТА ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ЗАПОЛНЕНИЯ ГРАЖДАНАМИ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

- 1. Испытываете ли Вы в настоящее время или испытывали ли Вы в течение последних 14 дней следующие симптомы? (Пожалуйста, измерьте температуру, прежде чем ответить на этот вопрос.)**

Да Нет Лихорадка (37,8 ° С или выше)

Да Нет Кашель

Да Нет Одышка или затрудненное дыхание

Да Нет Боль в горле

Да Нет Потеря вкуса или обоняния

Да Нет Озноб

Да Нет Головные или мышечные боли

Да Нет Тошнота, диарея, рвота

- 2. За последние 14 дней находились ли Вы в непосредственной близости от человека, который испытывал вышеперечисленные симптомы или испытывал какие-либо из вышеуказанных симптомов с момента вашего контакта?**

Да Нет

- 3. За последние 14 дней находились ли Вы в непосредственной близости от тех, у кого был положительный результат на COVID-19?**

Да Нет

- 4. За последние 14 дней выезжали ли Вы за пределы своего региона?**

Да Нет

- 5. За последние 14 дней Вы были в непосредственной близости от любого человека, кто выезжал за пределы своего региона?**

Да Нет

При положительных ответах (особенно п.1, п.2) необходимо обратиться к участковому врачу по месту жительства (по месту прикрепления полиса обязательного медицинского страхования).