



דו"ח רפואי – שאלון קורונה COVID-19

ת.ז.:	שם משפחה:	שם פרטי:	מין: ז / נ	גיל:
אי-מייל:	טל' נייד:	קופ"ח:		

הצהרת הנבדק/המלווה:

אני מצהיר/ה בזאת כי הפרטים שמסרתי נכונים ומציגים באור מלא את הרקע הרפואי שלי ואת סטטוס הקורונה שלי. ידוע לי כי העלמת מידע והצהרה לא נכונה, אסורים ועלולים לגרום לי נזק רפואי. כמו כן אני מוותר/ת על הסודיות הרפואית ומאשר/ת למסור את תוצאות הבדיקות הרפואיות לכל מאן דבעי.

ידוע לי כי אין להגיע לקבלת שרות במרפאה במקרים הידועים הבאים:

- היותי נשא/חולה קורונה המחויב בבידוד
- קירבה פיזית לאדם נשא/חולה קורונה
- קירבה פיזית לאדם הנמצא בבידוד
- ללא מסכה וכפפות

שם המלווה/ת. ז. -

X

שאלות	כן*	לא
1 האם אבחנת בעבר כחולה קורונה מאומתת?		
2 האם הייתה בעבר בבידוד או אתה נמצא עכשיו בבידוד?		
3 האם אתה סובל מאחד או יותר מהתסמינים הבאים: נזלת ו/או גודש באף/כאב גרון/שיעול יבש/שיעול עם ליחה/ קוצר נשימה/ כאבי שרירים/ כאב ראש/ חולשה/ עייפות חריגה/בלבול		
4 האם מופיע לך מדי פעם הרגשה כללית לא טובה?		
5 האם יש לך אבדן בתחושת הטעם ו/או הריח?		
6 האם יש לך בחילות/הקאות/צמרמורת?		
7 האם נמדד לך חום גבוהה בימים האחרונים/ביממה האחרונה?		
8 האם יש לך מחלות רקע?		
9 האם יש לך אסטמה כרונית (למעט ברונכיטיס/אסטמה ילדות)?		
10 האם יש לך תופעות של סחרחורת/תשישות קיצונית?		
11 האם אתה סובל ממחלת לב ו/או מיתר לחץ דם?		
12 האם אתה סובל מסכרת/אי ספיקת כליות?		
13 האם אתה נוטל טיפול המדכא את המערכת החיסונית?		
14 עישון (כיום או בעבר)?		

חתימת הנבדק מגיל 18 / הורים/מלווה

15. *הבהרות:

(פרט במקרה וענית "כן" לשאלות 1-14)

לשימוש המרפאה בלבד:

16. בדיקה גופנית/מדידת חום:

18. המלצות:

17. הערות:

