

Контрольный лист наблюдения за здоровьем для контактов с пациентами, инфицированными новым коронавирусом

Это исследование, проводимое, в основном, местным центром общественного здравоохранения. Скажите находящемуся под наблюдением лицу, чтобы он тщательно проверил свое здоровье и немедленно обратился в центр общественного здравоохранения при появлении каких-либо тревожных симптомов.

Наблюдение за состоянием здоровья должно быть завершено на 14-й день после даты последнего контакта с пациентом.

Контактный номер:			ФИО наблюдаемого лица:				Адрес:				ТЕЛ.:						
Имя пациента:			Время и дата последнего контакта с больным:				Отношение к пациенту:				Эл. адрес: @						
			1 день	День 2	День 3	День 4	День 5	День 6	День 7	День 8	День 9	День 10	День 11	День 12	День 13	День 14	
Дата			/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	
Максимальная температура тела			°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	
Респираторные симптомы	кашель		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	
	затрудненное дыхание		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да
	выделения из носа/заложенность		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да
	больное горло		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да
Другие симптомы	тошнота/рвота		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да
	гиперемия конъюнктивы		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да
	Головная боль		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да
	общее недомогание		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да
	артралгия/миалгия		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да
	диарея		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да
	нарушенное сознание		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да
	судороги		нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да	нет да
другие																	
<input checked="" type="checkbox"/> Проверено утром / вечером (по телефону, на собеседовании или другими способами)			У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	У:□() В:□()	
Примечания																	
Проверено																	

Название Центра общественного
здоровья:

Контактное
лицо:

Адрес:

ТЕЛ.:

ФАКС: