|  |  |
| --- | --- |
|  | **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Έχετε αισθανθεί άρρωστη/ος τις τελευταίες δύο εβδομάδες; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Έχετε ή είχατε πυρετό > 37.5ο C; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Έχετε ή είχατε βήχα κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 14 ημερών; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Υπάρχουν ακτινογραφικά ευρήματα συμβατά με λοίμωξη αναπνευστικού; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Μήπως έχετε πονόλαιμο;  | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Μήπως έχετε χάσει την όσφρηση ή/και την γεύση; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Μήπως έχετε δύσπνοια; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Μήπως έχετε διάρροια; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Μήπως έχετε μυαλγία; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Μήπως έχετε πονοκέφαλο; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Έχετε έρθει σε επαφή με κάποιον με αυτά τα συμπτώματα; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Έχετε ταξιδέψει σε κάποια περιοχή υψηλού κινδύνου για COVID-19 στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό εντός των τελευταίων 14 ημερών; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Εργάζεστε σε κάποιο νοσοκομείο ή σε κάποια δομή υγείας ή δομή ειδικής περίθαλψης; | NAI [ ] | OXI [ ] |
|  Έχετε έρθει σε επαφή με κάποιον που έχει/είχε νοσήσει από COVID-19; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Έχετε διαγνωστεί με COVID-19; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Εάν έχετε νοσήσει από COVID-19, έχετε ιατρική βεβαίωση για την πλήρη ίαση; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Μήπως διαμένετε σε σπίτι όπου κάποιος έχει διαγνωστεί με COVID-19 ή έχει συμπτώματα παρόμοια με COVID-19 ( πυρετό, βήχα, ανοσμία); | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα όπως σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, αναπνευστική πάθηση, χρόνια νεφρική νόσο, ηπατική νόσο, καρδιαγγειακή νόσο κλπ; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Λαμβάνετε ανοσοκατασταλτική θεραπεία; | NAI [ ] | OXI [ ] |
| Έχετε κάνει μεταμόσχευση; | NAI [ ] | OXI [ ] |

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ΥΠΟΓΡΑΦΗ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_