

ADATGYŰJTŐ LAP COVID MINTAVÉTEL ESETÉN

Kérjük emailben visszaküldeni a BethesdaCovid@bethesda.hu címre!

A mintavétel időpontja:

Mintavétel helye: MRE Bethesda Gyermekkorház Covid Ambulancia/ más:

Vizsgálat típusa: antigén gyorsteszt/ PCR

Vizsgálat sorszáma:

Vizsgálat indikációja: tünetes/ kontakt COVID pozitív személlyel/ műtét előtti vizsgálat/ előzetes pozitív eredmény utáni kontroll/ más:

PCR végzés helye: Semmelweis Egyetem/ Heim Pál Gyermekkorház/ OVSZ

(a megfelelőt aláhúzni!)

Személyi adatok

Név:

TAJ:

Születési dátum:

Születési hely:

Állandó lakcím: _____ megye

irányítószám, város:

utca, házsám:

Tartózkodási cím (budapesti): irányítószám

Anyja neve:

Állampolgárság:

Foglalkozás/munkakör:

A beteg elérhetősége

Tel.:

email:

Munkahely/ Iskola /Óvoda/ Bölcsőde pontos neve:

postai címe (irányítószámmal):

telefonszáma:

intézmény vezetőjének neve:

Kórházi dolgozó esetén:

munkahelyi egység/osztály pontos neve:

munkakör megnevezése:

Bentfekvő gyermeknél felvevő osztály neve:

Felvétel időpontja:

Felvétel oka:

Tünetek:

Terápia:

A fertőződés feltételezett ideje:

A fertőződés feltételezett módja, eseménye:

A fertőzés feltételezett helyszíne, helye (pl. munkahely, iskola, óvoda, bölcsőde)

pontos név:

postai cím:

Anamnézis:

Járványügyi előzményi adatok:

- járt-e külföldön az elmúlt 14 napban: hol/mikor
- járt-e tömegrendezvényen az elmúlt 14 napban: hol/mikor
- utazott-e belföldön az elmúlt 14 napban: hol/mikor/mivel
- volt-e kapcsolata Covid-19 gyanús vagy igazolt személlyel/ hasonló tüneteket mutató személlyel az elmúlt 14 napban: (aláhúzni a megfelelőt)
név:
cím:
telefonszám:

Részletes tünettan:

tünetek kezdetének dátuma:

tünetek: a láz legmagasabb értékét számszerűen megadva

láz/ torokfájás/ orrfolyás/ köhögés/ nehézlégzés/ fáradtság/ levertség/ gyengeség/ hányás/ hasmenés/ fejfájás/ végtagfájdalom/ idegrendszeri tünet/ szaglásvesztés/ ízérvésvesztés:

Társbetegségek: krónikus légzőszervi/ daganatos/ szívbetegség/ magasvérnyomás/ cukorbetegség/ májbetegség/ vesebetegség/ immunrendszeri betegség/ várandósság

A beteg háziorvosa:

A háziorvosi rendelő neve:

postai címe:
telefonszáma:

Feltételezett kontakt személyek

- egy háztartásban élők neve:
- családtag neve:
lakcíme:
kontaktus időpontja:
- munkahelyi/iskolai/óvodai/bölcsődei kontakt neve:
lakcíme:
kontaktus időpontja:

Kérjük emailben visszaküldeni a BethesdaCovid@bethesda.hu címre!

(A mintavevő orvos tölti ki:

Az adatokat szolgáltató orvos neve, telefonszáma, emailcíme:

Az adatszolgáltatás időpontja:

A fenti adatok Medworksben történő rögzítése mellett soron kívül szükséges emailben továbbítani a borbala.mikos@gmail.com és petraoross@gmail.com emailcímekre.)