**ADATGYŰJTŐ LAP COVID MINTAVÉTEL ESETÉN**

**Kérjük emailben visszaküldeni a BethesdaCovid@bethesda.hu**mailto:BethesdaCovid@bethesda.hu **címre!**

**A mintavétel időpontja: 2021.**

**Mintavétel helye:** MRE Bethesda Gyermekkórház 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 Gyermekkórház/ OVSZ

**(a megfelelőt aláhúzni!)**

**Személyi adatok**

Név:

TAJ:

Születési dátum:

Születési hely:

Állandó lakcím: megye

irányítószám

Tartózkodási cím :

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/ ízérzésvesztés:

**Társbetegségek:** krónikus légzőszevi/ 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:

**Otthoni elkülönítésben töltött idő :**  igen vagy nem

**Covid-védőoltási adatok: nem kapott**

**a kapott oltóanyag pontos megnevezése:**

**az első oltás időpontja:**

**a második oltás időpontja:**

**Az adatokat szolgáltató orvos neve:**

-          Adatszolgáltatás időpontja:

-            ***A jelentést kapják:***

-          sürgősségi ügyelet: 06-30/650-6852, **06/30/941-7156**

-          jarvany@nfo.bfkh.gov.hu

-          kozponti.ugyelet@nfo.bfkh.gov.hu

-          foigazgato@bethesda.hu

-          Pap.Marta@bethesda.humailto:Pap.Marta@bethesda.hu