

Έντυπο ιατρικού ιστορικού ατόμου για διενέργεια αντιγριπικού εμβολιασμού

Ημερομηνία:/...../.....

Όνοματεπώνυμο:

Στοιχεία επικοινωνίας: e-mail.....

Κινητό τηλέφωνο:

1. Έχετε νοσήσει από COVID-19 λοίμωξη (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ'οίκον);

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Είχατε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα συμβατά με COVID-19 λοίμωξη τις τελευταίες 14 ημέρες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

- πυρετό
- βήχα
- αίσθημα κόπωσης
- μυαλγίες
- δύσπνοια
- πονόλαιμο
- ανοσμία
- διάρροια

3. Έχετε έρθει σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες 14 ημέρες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4. **Είχατε κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ PCR (ρινικό ή φαρυγγικό επίχρισμα) για CoVID-19;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
5. **Είχατε κάνει για οποιοδήποτε λόγο τεστ αντισωμάτων για CoVID-19;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΑΡΝΗΤΙΚΟ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
Γ. ΝΑΙ ΗΤΑΝ ΘΕΤΙΚΟ ΧΩΡΙΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΜΕΙΝΑ ΣΠΙΤΙ (ΗΜΕΡΟΜ) _____
6. **Είχε κάποιο άτομο του στενού περιβάλλοντος σας πρόσφατα νοσήσει από CoVID-19;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναφέρατε Νοσοκομείο και Ημερομηνίες) _____

7. **Ταξιδέψατε τις τελευταίες 20 μέρες στο εξωτερικό;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Σε ποιες χώρες) _____

8. **Είχατε πρόσφατα (τελευταίες 6 εβδομάδες) κάποιο εμπύρετο νόσημα;**
A. ΟΧΙ
B. ΝΑΙ (Αναλύστε) _____

Ο/Η Δηλ.....

.....
(Υπογραφή)