



**טופס הצהרת מטופלת / בן זוג / מלווה**  
**חשיפה לנגיף הקורונה COVID-19**

**פרטים אישיים / מדבקה:**

שם מלא: _____	ת.ז: _____
---------------	------------

**מבקשים למלא את כל הפרטים האלה במידה והיו בשבועיים האחרונים:**

<input type="checkbox"/> חום <input type="checkbox"/> שיעול <input type="checkbox"/> כאבי גרון <input type="checkbox"/> קוצר נשימה	<input type="checkbox"/> צמרמורות <input type="checkbox"/> כאבי ראש <input type="checkbox"/> כאבי שרירים <input type="checkbox"/> כאבי בטן	<input type="checkbox"/> הקאות <input type="checkbox"/> שלשולים <input type="checkbox"/> איבוד חוש ריח / טעם <input type="checkbox"/> אחר: _____	<b>תלונות</b>
האם הובחנת כנשאת לנגיף קורונה COVID19: כן / לא (אם כן - תאריך הבדיקה: ____/____/____)			<b>מחלה פעילה</b>
כן / לא			<b>שהיה בחו"ל בחדש האחרון</b>
האם אחד מקרובי המשפחה היה עם מחלת חום/ נזלת/ שיעול / כאבי גרון או זיהום כלשהו? כן / לא האם אחד מהאנשים שהיית איתם במגע היה בבידוד בשבועיים האחרונים? כן / לא האם הייתה חשיפה ידועה לחולה מאומת או חשוד למחלת קורונה: כן / לא אם כן, מהו תאריך החשיפה: ____/____/____			<b>חשיפה ידועה לחולה או חשוד ל-COVID 19 או כל מחלה זיהומית אחרת</b>

מסירת הפרטים הנ"ל במלואם לא ימנעו טיפול רפואי הולם.

הנני מצהיר/ה שכל הפרטים הרשומים למעלה נכונים וידוע לי כי הסתרת מידע עלולה להוות סכנה לבריאות  
הציבור ולסכן את הצוות הרפואי.

שם מלא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_  
שעה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_