**ДЕКЛАРАЦИЯ ЗДОРОВЬЯ COVID-19 ДЛЯ ПАЦИЕНТА ИЛИ СОПРОВОЖДАЮЩЕГО ЛИЦА**

ПАЦИЕНТ

**Имя и фамилия** ……………………………………………………………………………………………….……….

**Личный код** ……………………………………………………………………………....................................

**ИЛИ**

**СОПРОВОЖДАЮЩЕЕ ЛИЦО**

**Имя и фамилия** ……………………………………………………………………………………………….……….

**Личный код** ……………………………………………………………………………....................................

**1. Соприкасались ли вы или кто-то из ваших домочадцев с пациентами COVID- 19 за последние 14 дней?**

**Да** когда …………………………………………….. **Нет**

**2. Имеется ли у вас хотя бы один из симптомов?**

**Да** **Нет**

- температура тела выше 37,8oC

* кашель
* боль в горле
* затрудненное дыхание, нехватка воздуха
* нарушение обоняния и/или вкуса
* мышечная боль
* усталость
* расстройство желудка/диарея (понос)

**3. Делался ли вам раньше анализ на COVID-19, который оказался позитивным?**

**Да** когда …………………………………………….. **Нет**

.......…………………………………………. ……………………………………..........

/подпись/ /число/