

# Hastane Öncesi / Kayıt CoViD-19 Anamnezi

## Hasta Bilgileri

Adı: .....

Soyadı: .....

Doğum Tarihi: .....

Telefon Numarası: .....

Sevgili hasta,  
kendi güvenliğiniz, diğer hastaların ve klinik personelinin korunması için, aşağıdaki soruları  
önlem olarak cevaplamanızı rica ediyoruz:

### Covid-19 Enfeksiyonu

**Bir enfeksiyon geçirdiniz mi veya testiniz pozitif çıktı mı?**

Evet  Hayır

→ "Evet" ise: İzolasyon önlemleri/karantina kaldırıldı mı?

Evet  Hayır

→ "Evet" ise: Ne zaman ve kim tarafından?

**Sars-Cov-2'ye işaret eden negatif bir sürüntü var mı?**

Evet  Hayır

→ "Evet" ise: Ne zaman yapıldı? (Tarih ve ekleme)

### Anamnez

**Şu an aşağıdaki hastalık belirtilerine sahip misiniz veya son 14 gün içinde sahip oldunuz mu?**

**Lütfen uygun kutuyu işaretleyin:**

Ateş > 38 °C

Nefes darlığı

Halsizlik

Baş ağrısı

Kuru öksürük

İshal

Boğaz ağrısı

Titreme nöbeti

Koku alma kaybı

Burun akıntısı

Eklem ağrıları

**Son 14 gün içinde karantinada olan kişilerle temas (yalnızca aynı evde yaşayan kişiler için geçerlidir)\*:**

Evet  Hayır

→ "Evet" ise: Ne zaman/ne zamandan ne zamana kadar:

**Son 14 gün içinde teyit edilmiş COVID-19 vakası ile temas\*:**

Evet  Hayır

→ "Evet" ise: Nerede, nasıl, ne zaman:

**Son 14 gün içinde başka bir hastanede kaldınız mı?**

Evet  Hayır

→ "Evet" ise: Ne zamandan ne zamana kadar? .....

Bu hastanede CoViD-19 vakaları var mıydı?

Evet  Hayır

→ "Evet" ise: Yattığınız serviste mi?

Evet  Hayır

## Anamnez

**Son 14 gün içinde CoVid-19 vakalarının yaşandığı bir huzurevinde, bakımlı bir ortak konutta veya toplu bir konutta ikamet ediyor musunuz?**

Evet  Hayır

**CoVid-19 vakalarının meydana geldiği ve bunların bakımına dahil olduğunuz bir bakım/egitim tesisinde/bir ortak tesiste, doktor muayenehanesinde veya hastanede mi çalışıyorsunuz?**

Evet  Hayır

### \* Yerleştirme:

Süre 14 günden daha kısa ise, kabul işleminde sarı alana yerleştirilmeli ve test yapılmalı. Son temas en az 14 gün veya daha uzun bir süre önce olmuşsa ve yukarıda belirtilen semptomların hiçbiri görülmediyse, hasta yeşil alana yerleştirilebilir. Sevk eden bakım evinin ve toplu konaklama tesisinin lokal durumu da ayrıca değerlendirilmeli.

**Planlanan hastaneye yatıştan hemen önceki günlerde yukarıdaki sorularla ilgili başka sorularınız varsa, lütfen bizi telefonla bilgilendirin.**

**Kliniğin bir çalışanı tarafından telefon yoluyla anamnezin alınması durumunda:**

Tarih

Hastane personelinin imzası

**Kabul öncesinde ve bugünkü yatış kabulü öncesinde birincil anamnezde:**

**Yukarıdaki sorularla ilgili yeni yönlerin ortaya çıkmadığı doğrulanmaktadır:**

Tarih

Hastane personelinin imzası

**Yatış kabulü hakkında doktor kararı:**

Evet  Hayır

Tarih

Doktorun imzası