

**Csekklista a házi orvosok számára a COVID-19 fertőzésre gyanús betegek megítéléséhez
2020. március 13.**

A TELEFONÁLÓ SZEMÉLY ALAPADATAI ÉS ELÉRHETŐSÉGE	
Vezetéknéve és keresztnéve	
Telefonszáma	
A BETEG SZEMÉLYRE VONATKOZÓ ALAPADATOK ÉS ELÉRHETŐSÉGEK	
Vezetéknéve és keresztnéve	
Tartózkodási helye (pontos cím)	
Telefonszáma, email címe	
A BETEG SZEMÉLY DEMOGRÁFIAI, EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATAI	
Neme	<input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő
Születési dátuma (ÉV.HÓ.NAP)	
Foglalkozása	
[A] Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e?	<input type="checkbox"/> Láz (≥ 38 °C) <input type="checkbox"/> Köhögés <input type="checkbox"/> Légszomj
Tünet(ek) kezdete (ÉV.HÓ.NAP)	
[B1] A tünetek kezdetét megelőző 14 napban járt-e külföldön?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen, az alábbi területen /országban:
[B2] Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött személlyel?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen, a kontaktus leírása:
A klinikai és a járványügyi adatok alapján (a légúti tüneteket mutató betegnél) felmerül-e a COVID-19 gyanúja? (Pl: munkahelyen, családi, baráti közösségben akut légúti fertőzések halmozódása fordult elő.)	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen
A BETEG SZEMÉLY COVID-19 GYANÚ SZEMPONT SZERINTI MINŐSÍTÉSE	
<input type="checkbox"/> GYANÚS ESET	<input type="checkbox"/> <u>NEM</u> GYANÚS ESET
A beteg kórházba szállításáról gondoskodni kell, ha az alábbiak bármelyike fennáll:	
a beteg állapota kórházi ellátást igényel	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen
a beteg kockázati csoportba* tartozik	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen
Megjegyzés:	

***Kockázati csoportok:** A betegség súlyos formája leginkább a 60 évnél idősebbeket és a krónikus alapteregségben (pl. magas vérnyomás, cukorbetegség, szív- és érrendszeri, krónikus légúti megbetegedés, malignus megbetegedés) szenvedőket érinti.

Hely, dátum:

Házi orvos neve: