**TSSF COVID-19 FORM-1**

**GEÇİRİLMİŞ VEYA OLASI COVID-19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Daha önceden COVID-19 geçirdiniz mi?** | Evet **O** | Hayır **O** |
| **2. COVID-19 için PCR testiniz pozitif çıktı mı?** | Evet **O** | Hayır **O** |
| **3. (PCR pozitifliği olanlar için) Tekrarlayan PCR testlerinde iki kez negatiflik ve/veya antikor testi pozitifliği var mı?** | Evet **O** | Hayır **O** |
| **4. COVID-19 pandemisi sırasında aşağıdaki belirti ve bulguları yaşadığınız bir dönem oldu mu?** |  |  |
| * Nefes darlığı | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Göğüs ağrısı | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Kuru öksürük | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Yüksek ateş | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Burun akıntısı, boğaz yanması | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Tat ve koku kaybı | Evet **O** | Hayır **O** |
| * İshal ve karın ağrısı | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Şiddetli baş, kas/eklem ağrısı | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Deri döküntüleri | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Çarpıntı | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Halsizlik |  |  |
| **5. Şu anda aşağıdaki belirti ve bulgularınız var mı?** |  |  |
| * Nefes darlığı | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Göğüs ağrısı | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Kuru öksürük | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Yüksek ateş | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Burun akıntısı, boğaz yanması | Evet **O** | Hayır **O** |
| * İshal ve karın ağrısı | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Şiddetli baş, kas/eklem ağrısı | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Deri döküntüleri | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Çarpıntı | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Halsizlik | Evet **O** | Hayır **O** |
| **6. COVID-19 için olumsuz kabul edilen aşağıdaki**  **ek durum/hastalıklara sahip misiniz?** |  |  |
| * Yaşınız 50’den fazla mı? | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Yüksek kilolu musunuz? | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Tütün kullanıyor musunuz? | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Yüksek tansiyonunuz var mı? | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Astım/KOAH hastası mısınız? | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Bilinen kalp damar hastalığınız var mı? | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Diyabet (şeker) hastalığınız var mı? | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Bilinen kanser hastalığınız var mı? | Evet **O** | Hayır **O** |
| * Bağışıklık sistemini etkileyen ilaç kullanıyor musunuz? * Sürekli kullandığınız ilaç veya ilaçlar var mı? * Varsa isimlerini aşağıya yazınız. | Evet **O**  Evet **O** | Hayır **O**  Hayır **O** |

**Adı Soyadı: Tarih: HES Kodu: İmza:**