**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:**