

CHECKLIST
vstupný skrining darcu krvi k obmedzeniu rizika infekcie COVID-19

Priezvisko a meno : rod. číslo :

Bydlisko :

Tel. číslo: e-mail:@.....

Teplota : °C Zmeral/a (*podpis*) :

(pozitívnu odpoveď zakrúžkujte)

T > 37,0°C

 ÁNO NIE

Bol som posledných 14 dní v zahraničí

 ÁNO NIE

Bol som posledných 14 dní v kontakte s osobou, ktorá sa vrátila zo zahraničia, je v karanténe alebo sa u tejto osoby objavili príznaky respiračného ochorenia alebo ochorenia COVID-19

 ÁNO NIE

Mám alebo som mal posledných 14 dní niektorý z nasledujúcich príznakov respiračného ochorenia : suchý kašeľ, dýchavičnosť, zvýšenú teplotu, zimnicu, bolesť v krku, hlavy, bolesti svalov, hnačku alebo zvracanie

 ÁNO NIE

Prekonal som ochorenie COVID-19

 ÁNO NIE

Ak áno, dátum pozitívneho testu na COVID-19 (RT PCR alebo antigénny test)

Bol som očkovaný proti ochoreniu COVID-19

 ÁNO NIE

Ak áno, dátum očkovania

.....

Dátum:

darcu:

Podpis

(Verzia 22.12.2020)