

CHECKLIST

vstupný skríning darcu krvi k obmedzeniu rizika infekcie COVID-19

Priezvisko a meno : rod. číslo :

Bydlisko :

Teplota : °C

Zmera/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

Dátum:

Podpis darcu: