

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 viac ako 1 deň v zahraničí (netýka sa tzv. pendlerov)	ÁNO	NIE
---	-----	-----

Bol som posledných 14 dní v kontakte s osobou, ktorá 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:

Podpis darcu:

(Verzia 04.06.2021)

Zásady spracovania Vašich osobných údajov nájdete na www.ntssr.sk v záložke Zásady ochrany osobných údajov, sekcia Darcovia a záujemcovia o darovanie krvi a zložiek krvi.