CHECKLIST
vstupný skríning 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 kontrolného negatívneho RNA testu - výteru z nosa a hrdla .....

Dátum: …… Podpis darcu: .....