**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΑΛΟΓΗΣ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΜΕ ΕΙΛΙΚΡΙΝΕΙΑ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**  | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
| Έχετε αισθανθεί άρρωστη/ος τις τελευταίες δύο εβδομάδες; |  |  |
| Έχετε ή είχατε πυρετό > 37.5ο C; |  |  |
| Έχετε ή είχατε βήχα κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 14 ημερών; |  |  |
| Υπάρχουν ακτινογραφικά ευρήματα συμβατά με λοίμωξη αναπνευστικού; |  |  |
| Μήπως έχετε πονόλαιμο; |  |  |
| Μήπως έχετε χάσει την όσφρηση ή/και την γεύση; |  |  |
| Μήπως έχετε δύσπνοια; |  |  |
| Μήπως έχετε διάρροια; |  |  |
| Μήπως έχετε μυαλγία; |  |  |
| Μήπως έχετε πονοκέφαλο; |  |  |
| Έχετε έρθει σε επαφή με κάποιον με αυτά τα συμπτώματα; |  |  |
| Έχετε ταξιδέψει σε κάποια περιοχή υψηλού κινδύνου για COVID-19 στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό εντός των τελευταίων 14 ημερών; |  |  |
| Εργάζεστε σε κάποιο νοσοκομείο ή σε κάποια δομή υγείας ή δομή ειδικής περίθαλψης; |  |  |
|  Έχετε έρθει σε επαφή με κάποιον που έχει/είχε νοσήσει από COVID-19; |  |  |
| Έχετε διαγνωστεί με COVID-19; |  |  |
| Εάν έχετε νοσήσει από COVID-19, έχετε ιατρική βεβαίωση για την πλήρη ίαση; |  |  |
| Μήπως διαμένετε σε σπίτι όπου κάποιος έχει διαγνωστεί με COVID-19 ή έχει συμπτώματα παρόμοια με COVID-19 ( πυρετό, βήχα, ανοσμία); |  |  |
| Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα όπως σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, αναπνευστική πάθηση, χρόνια νεφρική νόσο, ηπατική νόσο, καρδιαγγειακή νόσο κ.λπ.; |  |  |
| Λαμβάνετε ανοσοκατασταλτική θεραπεία; |  |  |
| Έχετε κάνει μεταμόσχευση; |  |  |

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ………………………. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ………………………………………..………………………………

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: ………………………………………………………………….