



TSSF COVID-19 FORM-1 GEÇİRİLMİŞ VEYA OLASI COVID-19

- 1. Daha önceden COVID-19 geçirdiniz mi?** Evet Hayır
- 2. COVID-19 için PCR testiniz pozitif çıktı mı?** Evet Hayır
- 3. (PCR pozitifliği olanlar için) Tekrarlayan PCR testlerinde iki kez negatiflik ve/veya antikör testi pozitifliği var mı?** Evet Hayır
- 4. COVID-19 pandemisi sırasında aşağıdaki belirti ve bulguları yaşadığınız bir dönem oldu mu?**
- Nefes darlığı Evet Hayır
 - Göğüs ağrısı Evet Hayır
 - Kuru öksürük Evet Hayır
 - Yüksek ateş Evet Hayır
 - Burun akıntısı, boğaz yanması Evet Hayır
 - Tat ve koku kaybı Evet Hayır
 - İshal ve karın ağrısı Evet Hayır
 - Şiddetli baş, kas/eklem ağrısı Evet Hayır
 - Deri döküntüleri Evet Hayır
 - Çarpıntı Evet Hayır
 - Halsizlik Evet Hayır
- 5. Şu anda aşağıdaki belirti ve bulgularınız var mı?**
- Nefes darlığı Evet Hayır
 - Göğüs ağrısı Evet Hayır
 - Kuru öksürük Evet Hayır
 - Yüksek ateş Evet Hayır
 - Burun akıntısı, boğaz yanması Evet Hayır
 - İshal ve karın ağrısı Evet Hayır
 - Şiddetli baş, kas/eklem ağrısı Evet Hayır
 - Deri döküntüleri Evet Hayır
 - Çarpıntı Evet Hayır
 - Halsizlik Evet Hayır
- 6. COVID-19 için olumsuz kabul edilen aşağıdaki ek durum/hastalıklara sahip misiniz?**
- Yaşınız 50'den fazla mı? Evet Hayır
 - Yüksek kilolu musunuz? Evet Hayır
 - Tütün kullanıyor musunuz? Evet Hayır
 - Yüksek tansiyonunuz var mı? Evet Hayır
 - Astım/KOAH hastası mısınız? Evet Hayır
 - Bilinen kalp damar hastalığınız var mı? Evet Hayır
 - Diyabet (şeker) hastalığınız var mı? Evet Hayır
 - Bilinen kanser hastalığınız var mı? Evet Hayır
 - Bağışıklık sistemini etkileyen ilaç kullanıyor musunuz? Evet Hayır
 - Sürekli kullandığınız ilaç veya ilaçlar var mı? Evet Hayır
 - Varsa isimlerini aşağıya yazınız.

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza: