

კ ი თ ხ ვ ა რ ი

COVID-19 ვირუსთან დაკავშირებული რისკების შეფასება

1. უნდა შეივსოს საქართველოს თავდაცვის სამინისტროს მოსამსახურეთა მიერ

პირადი ინფორმაცია

შევსების თარიღი:

სახელი, გვარი, მამის სახელი:

დაბადების თარიღი:

საიდენტიფიკაციო ბარათის ნომერი:

ქვედანაყოფი:

1. ბოლო 14 დღის განმავლობაში იყავით თუ არა საზღვარგარეთ?	დიახ	არა
2. თქვენ და თქვენი ოჯახის წევრებს გქონდათ თუ არა პირადი ან ირიბი კონტაქტი პირთან (პირებთან), ვინც ბოლო 14 დღის განმავლობაში დაბრუნდა საზღვარგარეთიდან?	დიახ	არა
3. დადებითი პასუხის შემთხვევაში, გთხოვთ, მიუთითოთ ის პირი (პირები), ვინაობის მითითებით, ვისთანაც გქონდათ კონტაქტი.		
4. თქვენ და თქვენი ოჯახის წევრებს გქონდათ თუ არა პირადი ან ირიბი კონტაქტი პირთან (პირებთან), ვისაც ლაბორატორიულად დაუდასტურდა COVID-19?	დიახ	არა
5. დადებითი პასუხის შემთხვევაში, გთხოვთ, მიუთითოთ ის პირი (პირები), ვისთანაც თქვენ და თქვენი ოჯახის წევრებს (მათი ვინაობის მითითებით) გქონდათ კონტაქტი.		
6. იყავით თუ არა ისეთ ჰოსპიტალში (ან სამედიცინო დაწესებულებაში) სადაც COVID-19-ის მქონე პაციენტებს მკურნალობდნენ?	დიახ	არა

7. გეონდათ, თუ არა სიცხე ან რაიმე სახის რესპირატორული პრობლემა ბოლო 48 საათის განმავლობაში?	დიახ		არა	
8. ჩატარებული გაქვთ თუ არა COVID-19-ის ტესტი ბოლო 14 დღის განმავლობაში? მიუთითეთ კონკრეტული თარიღი.	დიახ		არა	
9. სად გაატარეთ ბოლო 14 დღე? <span style="float: right;">მიუთითეთ კონკრეტული ლოკაცია.</span>				
10. რომელ აეროპორტებში იყავით ბოლო 14 დღის განმავლობაში?				
11. შეფასებული ხარტ თუ არა ჯანმრთელობის შესაბამისი სამსახურის მიერ, როგორც დაბალი/საშუალო/მაღალი რისკის კანდიდატი ან იმყოფებით თუ არა ბოლო 14 დღის განმავლობაში COVID-19-ზე დაკვირვების ქვეშ? შემოხაზეთ სწორი პასუხი.	არა	მიმდინარე დაკვირვების ქვეშ	დაბალი თვითიზოლაცია	საშუალო ან მაღალი საკარანტინე ზონაში ყოფნა
12. თუ ფლობთ შესაბამის ინფორმაციას საქართველოში უახლოეს მომავალში ჩამომსვლელთა შესახებ, გთხოვთ, მიუთითოთ მათი ვინაობა, ქვეყანა საიდანაც მგზავრობენ და ჩამოსვლის თარიღი.				

2. უნდა შეივსოს შესაბამისი სამედიცინო პერსონალის მიერ:

შეფასება:

დასკვნა:

ხელმოწერა და თარიღი: