

Xəstə məlumatları	<b>Adı Soyadı Atasının Adı:</b>			<b>Şəxsiyyət vəsiqəsi/Pasport No:</b>
	Təvəllüdü:	...../...../.....		İşlədiyi yer:
	Cinsiyəti:	<input type="checkbox"/> Kişi	<input type="checkbox"/> Qadın	Mob. Tel.:
	Ünvanı:			Ev Tel.:
Klinik simptomlar	<b>İlk Simptomun Başlanma Tarixi:</b> ...../...../20.....			
	<input type="checkbox"/> Bədən hərarəti (.....°C) <input type="checkbox"/> Öskürək <input type="checkbox"/> Təngnəfəslik <input type="checkbox"/> Boğaz ağrısı <input type="checkbox"/> Baş ağrısı <input type="checkbox"/> Qusma <input type="checkbox"/> İshal <input type="checkbox"/> Qarın ağrısı <input type="checkbox"/> Digər simptomlar: .....			

Yanaşı xəstəliklər	<input type="checkbox"/> Ürək damar xəstəlikləri : .....			
	<input type="checkbox"/> Xronik respirator xəstəlik : .....			
	<input type="checkbox"/> Onkoloji xəstəlik (varsa növü) : .....			
	<input type="checkbox"/> Digər xəstəliklər: .....			
	<input type="checkbox"/> Şəkərli Diabet <input type="checkbox"/> Hipertoniya			

Epidemioloji anamnez	Ətrafında oxşar əlamətləri olan şəxs varmı?			
	<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Bilinmir			
	Simptomların başlanmasından əvvəl 14 gün ərzində, özü və/və ya ailə üzvləri ölkədən kənar olubmu?			
	<input type="checkbox"/> Bəli <input type="checkbox"/> Xeyr <input type="checkbox"/> Bilinmir			
	<b>Səyahət tarixçəsi</b>			
Ölkələr		Gediş tarixi	Qayıdış tarixi	
1-	.....	...../...../.....	...../...../.....	
2-	.....	...../...../.....	...../...../.....	
3-	.....	...../...../.....	...../...../.....	

Laborator müayinə materialının növü	<b>Laborator müayinə materialının növü</b>		<b>Materialın alınma tarixi:</b>
			...../...../20.....
	<input type="checkbox"/> Burundan yaxma	<input type="checkbox"/> Nazofaringeal/nazal aspirasiya	<input type="checkbox"/> Bəlgəm
<input type="checkbox"/> Boğazdan yaxma	<input type="checkbox"/> Traxeal aspirasiya		
<input type="checkbox"/> Digər (Materialın növünü qeyd edin): .....			

<i>Həkimin xəstə haqqında qeyd etmək istədiyi əlavə məlumatlar</i>	
--	--

Tibb müəssisəsinin adı: Həkimin Adı, Soyadı: Tel No: Elektron adres :	<b>İmza</b>