

سبب مراجعة المشفى : .....  
 الاسم الأول : .....  
 اسم العائلة : .....  
 تاريخ الميلاد : .....  
 عنوان السكن : .....  
 رقم الهاتف : .....  
 إسعافي : .....  
 عيادات : .....  
 قبول انتقائي : .....  
 القسم : .....

## استعلام عن المخاطر:

هل خالطت شخص مصاب بالمرض في 14 أيام السابقة ؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل عانيت من ارتفاع في درجة الحرارة ( بمقدار 37.5 درجة مئوية ) ؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل ظهرت عليك اضطرابات جديدة في الطعم أو الرائحة؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل ظهرت عليك أي أعراض جديدة في الجهاز التنفسي ، وتحديدًا في شكل سعال جاف؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>

لجميع الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ست سنوات: وفقًا للوضع القانوني الحالي ، لا يُسمح بالوصول إلا من خلال "حالة من الحالات الثلاثة" (تم تطعيمهم أو تمت شفائهم بعد الإصابة أو اختبارهم). يمكن إثبات " أي من الحالات الثلاثة" على النحو التالي

هل لديك دليل على التطعيم؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل لديك دليل على الشفاء ( إصابة سابقة ) ؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل لديك اختبار سريع سلبي من موقع مسحة معترف به مع دليل على ذلك؟ ( بشرط ألا تتجاوز نتيجة الاختبار السريع بحد أقصى 24 ساعة و اختبار PCR بحد أقصى 48 ساعة ) ؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>

أؤكد صحة المعلومات الواردة أعلاه

التاريخ والتوقيع في حالة مراجعة المشفى للمرة الثالثة

التاريخ والتوقيع في حالة مراجعة المشفى للمرة الثانية

التاريخ و التوقيع في حالة مراجعة المشفى للمرة الاولى

تتم التعبئة من الفاحص مباشرة:

التاريخ	الوقت	درجة الحرارة 1	درجة الحرارة 2	درجة الحرارة 3	توقيع من جهة الفاحص