

# CHECKLIST vstupný skrining darcu krvi k obmedzeniu rizika infekcie COVID-19

Priezvisko a meno: .....

rod. číslo: .....

Bydlisko: .....

Teplota: ..... °C

Zmeral/a (podpis): ..... (pozitívnu odpoveď zakrúžkujte)

T > 37,0°C ÁNO NIE

Bol som posledných 14 dní v zahraničí ÁNO NIE

Bol som posledných 14 dní v kontakte s osobou, ktorá sa vrátila zo zahraničia, je v karanténe alebo sa u tejto osoby objavili príznaky respiračného ochorenia alebo ochorenia COVID-19 ÁNO NIE

Mám alebo som mal posledných 14 dní niektorý z nasledujúcich príznakov respiračného ochorenia: suchý kašeľ, dýchavičnosť, zvýšenú teplotu, zimnicu, bolesť v krku, hlavy, bolesti svalov, hnačku alebo zvracanie ÁNO NIE

Dátum: ..... Podpis darcu: .....