

Дитячий оздоровчий  
комплекс "Сокіл"



ДП "АНТОНОВ"

**АНКЕТА-опитувальник  
про самопочуття дитини**  
(з метою протидії поширенню  
коронавірусу COVID-19)



28 км. Столичного шосе,  
м. Київ



(044)259 25 41, 066 250 0438



doksokilantonov@gmail.com



https://doksokil.antonov.com

П.І.Б одного з батьків (опікунів або інших законних представників)

\_\_\_\_\_

П.І.Б дитини

\_\_\_\_\_

Чи наявні у дитини наступні симптоми:

- підвищення температури тіла (понад 37,2 °С)
- кашель
- біль у горлі
- нежить
- закладання носа
- утруднене дихання або задишка
- біль у м'язах
- почуття втомлюваності
- головний біль
- втрата апетиту
- блювота
- нудота
- діарея
- втрата нюху
- втрата смакових відчуттів
- висип на шкірі
- депігментація нігтів на руках і ногах
- зміни психічного стану/дезориєнтація (млявість, сплутаність свідомості)
- інше \_\_\_\_\_
- нічого з перерахованого

Чи мала дитина зазначені вище симптоми протягом останніх 14 (чотирнадцяти) днів? (якщо "так", вкажіть які)

- так \_\_\_\_\_
- ні \_\_\_\_\_

Чи зверталась дитина до лікаря, з приводу наявності зазначених вище симптомів протягом останніх 14 (чотирнадцяти) днів? (якщо "так", вкажіть дату звернення та симптоми)

- так \_\_\_\_\_
- ні \_\_\_\_\_

Чи приймає дитина лікарські засоби в т.ч. імуносупресивної дії? (якщо "так", вкажіть які саме)

- так \_\_\_\_\_
- ні \_\_\_\_\_

Чи має дитина хронічні захворювання (в т.ч. але не виключно цукровий діабет, серцево-судинні захворювання, хронічні захворювання легень, хронічна хвороба нирок, тощо), та/або фактори ризику онкологічні захворювання, імунодефіцит, аутоімунні захворювання? (якщо "так", вкажіть які саме)

- так \_\_\_\_\_
- ні \_\_\_\_\_

Чи перебувала дитина у контакті з хворим на коронавірус COVID-19? (якщо "так", вкажіть скільки днів минуло з останнього контакту)

- так \_\_\_\_\_
- ні \_\_\_\_\_

Чи хворіла дитина на коронавірус COVID-19? (якщо "так", вкажіть скільки днів минуло з дня одужання)

- так \_\_\_\_\_
- ні \_\_\_\_\_

Чи робили дитині тест на коронавірус COVID-19? (якщо "так", вкажіть коли та з яким результатом, надати копію документу)

- так \_\_\_\_\_
- ні \_\_\_\_\_

Чи має дитина непереносимість лікарських засобів? (якщо "так", вкажіть на які саме)

- так \_\_\_\_\_
- ні \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_