|  |
| --- |
| **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ COVID-19****ΟΝΟΜ/ΜΟ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ:** |
| Έχει νοσήσει το παιδί από COVID-19; |    ΝΑΙ ΚΑΙ ΠΟΤΕ?   |  ΟΧΙ |
| Έχει εμβολιαστεί για covid-19 | ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΔΟΣΗΣ  |   |
| Έχει έρθει σε επαφή με επιβεβαιωμένο κρούσμα covid-19 τις τελευταίες 10 ημέρες? | ΝΑΙ   | ΟΧΙ |
| Είχε τις τελευταίες 10 ημέρες το παιδί ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας εμπύρετο νόσημα, αίσθημα αδυναμίας, εύκολης κόπωσης, βήχα, ρινική καταρροή, εμέτους/διάρροιες, φαρυγγαλγία,, επιπεφυκίτιδα, επίμονη κεφαλαλγία, απώλεια γεύσης/ όσφρησης |  NAI | OXI |

***ΧΩΡΙΣ ΤΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΔΕΝ ΘΑ ΕΙΣΕΡΧΕΣΘΕ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ***



 ΗΜΕΡ. / / 20

Ο ΓΟΝΕΑΣ