|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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