

PŘÍLOHA 2 PROTOKOLU OPATŘENÍ – MANUÁL COVID -19
COVID-19 screening – LFA

Screeningový dotazník pro ostatní osoby vstupující na stadion. Nutno vyplnit při vstupu na stadion.

Jméno _____ Příjmení _____

Datum narození _____ Adresa _____

1. Typické příznaky onemocnění COVID-19

Pozoroval jste na sobě v posledních 14 ti dnech, nebo od posledního vyplnění screeningového dotazníku některý z následujících typických příznaků onemocnění COVID-19?

ANO NE

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zvýšená teplota nebo horečka | <input type="checkbox"/> Třesavka |
| <input type="checkbox"/> Suchý kašel | <input type="checkbox"/> Ztráta čichu |
| <input type="checkbox"/> Zvýšená únava | <input type="checkbox"/> Ztráta chuti |
| <input type="checkbox"/> Produkce sputa (hlen z dýchacích cest) | <input type="checkbox"/> Pocit na zvracení, zvracení |
| <input type="checkbox"/> Dušnost | <input type="checkbox"/> Ucpání nosu |
| <input type="checkbox"/> Bolesti krku | <input type="checkbox"/> Průjem |
| <input type="checkbox"/> Bolesti svalů a kloubů | <input type="checkbox"/> Hemoptýza (vykašlávání krve) |
| <input type="checkbox"/> Bolesti hlavy | <input type="checkbox"/> Překrvení spojivky |

V případě výskytu výše uvedených příznaků je třeba ihned telefonicky kontaktovat lékaře a krajskou hygienickou stanici, do doby vyšetření lékařem zůstat v izolaci, v případě indikace PCR vyšetření na přítomnost SARS-CoV-2 absolvovat vyšetření bezodkladně.

2. Měření teploty při vstupu na stadion

Naměřená hodnota _____

3. Oprávnění vstupu na stadion prokázáno (zvolte správnou variantu):

- negativní výsledek RT-PCR test ze dne _____
- negativní výsledek antigenní test ze dne _____
- certifikát o provedeném očkování – očkování dokončeno dne _____
- doklad o prodělaném onemocnění – první pozitivní test dne _____

V posledních 14 dnech jsem BYL /NEBYL v kontaktu s osobou, u které byl pozitivní PCR test na SARS-CoV-2.

Datum _____ Podpis _____