**APTAUJAS ANKETA**

**(atzīmējiet pareizo atbildi)**

**EPIDEMIOLOĢISKI KRITĒRIJI**

* Vai pēdējās 14 dienās esat bijis/usi ārzemēs?

JĀ NĒ

* Vai esat bijis/usi ciešā kontaktā ar koronavīrusa COVID-19 infekcijas slimnieku?

JĀ NĒ

* Vai strādājat un/vai apmeklējāt veselības aprūpes iestādi, kur tika ārstēti pacienti ar koronavīrusa COVID-19 infekciju?

JĀ NĒ

**KLĪNISKIE KRITĒRIJI.** Vai Jums ir:

* paaugstināta temperatūra JĀ NĒ
* klepus JĀ NĒ
* sāpes kaklā JĀ NĒ
* elpas trūkums JĀ NĒ

**PACIENTA SŪDZĪBAS**

**Uzrakstiet, lūdzu, kādas sūdzības ir Jūsu bērnam:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vārds Uzvārds \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Valsts, no kuras ieradāties \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aizpildes datums un paraksts \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_