

COVID-19 kérdőív felnőtt betegek részére

Név:

Születési idő:

Vizsgálat dátuma:

Testsúly: cm

Testmagasság: kg

Dohányzás: Igen – Nem – Korábban Igen

Mennyiség: szál/nap

Hány éve dohányzik/ hány évig dohányzott? év

Rendszeres fizikai aktivitás Igen – Nem

Mennyisége alkalom/ hét

Kérem, jelölje be, ha vannak krónikus (idült) betegsége(i)

- ☐ Krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD)
- ☐ Asztma
- ☐ Egyéb nem felsorolt tüdőbetegség.....
- ☐ Cukorbetegség (Diabetes mellitus)
- ☐ Szív-és érrendszeri betegség
 - ☐ Magasvérnyomás betegség
 - ☐ Szívelégtelenség
 - ☐ Pitvarfibrilláció
 - ☐ Stroke
- ☐ Májcirrózis
- ☐ Krónikus májbetegség.....
- ☐ Krónikus vesebetegség
- ☐ Malignus megbetegedés.....
- ☐ Immunszavar
- ☐ Pszichiátriai betegség

☐ Egyéb betegség:.....

Kérem, sorolja fel az ÖSSZES Ön által szedett gyógyszerek nevét.

.....
.....
.....
.....
.....

Melyik nap diagnosztizálták Önnél a COVID-19 fertőzést? - **Az ezt igazoló leleteket kérem, csatolja vagy hozza magával!**

☐ COVID-19 PCR vizsgálat – Dátum:

☐ COVID Ag gyorssteszt – Dátum:

☐ Utólag derült ki antitest vizsgálattal – Dátum:

☐ A tünetei alapján nagyjából mikor kezdődött a betegsége – Dátum:

Végeztek-e „felszabadító” COVID-19 PCR vizsgálatot, melynek eredménye
NEGATÍV lett? Igen – Nem

Dátum:

Oltottsági állapot:

☐ COVID-19 oltás Igen – Nem

☐ vakcina típusa:

☐ időpontja:

▪ 1.oltás:

▪ 2.oltás:

☐ Influenza oltás Igen – Nem. Rendszeressége (évente kapott?) Igen - Nem

☐ Utolsó oltás éve

☐ Pneumococcus oltás: Igen – Nem.

☐ Oltások típusa:

Pneumo 23 – Igen – Nem, beadás időpontja:.....

Prevenar 13 – Igen – Nem, beadás időpontja:.....

COVID-19 fertőzés alatt voltak-e tünetei Igen – Nem

Történt-e ambuláns vizit a COVID-19 fertőzés miatt? Igen – Nem

Az ambuláns lapot és vizsgálati eredményeket kérem, csatolja vagy hozza magával!

Dátuma:

Történt-e kórházi felvétel a COVID-19 fertőzés miatt? Igen – Nem

A zárójelentést kérem, csatolja vagy hozza magával!

Kórházi felvétel dátuma:

.....

Hazaengedés dátuma:

.....

Át kellett-e helyezni intenzív osztályra (ITO) a bennfekvés alatt? Igen – Nem

ITO áthelyezés dátuma:

.....

Visszahelyezés általános osztályra (Dátum):

.....

Oxigén pótlás Igen – Nem

- ☐ Oxigén terápia
- ☐ Lélegeztetés
 - ☐ nem-invazív
 - ☐ mechanikusnapig

Farmakológiai terápia akut COVID-19 alatt

- ☐ Favipiravir, időtartama (.....nap)
- ☐ Remdesivir, időtartama (.....nap)
- ☐ Tocilizumab, dózisa
- ☐ Egyéb biológikum

Történt-e vérvizsgálat a COVID-19 fertőzés idején? Igen – Nem

(Ha ennek eredménye elérhető, kérjük csatolni)

Történt-e mellkasröntgen, mellkasi CT a fertőzés idején? Igen – Nem

A lelet alapján a tüdőérintettség:%-ban

Ha volt a fertőzés alatt vérnyomásmérés, kérem, írja be az eredményét:

Vérnyomás: / Hgmm Pulzus: / perc

Jelen panasz:

☐ Nincs

☐ Van

Tünetek:

☐ **Általános tünetek:**

☐ Láz

☐ Fáradtság

☐ Fájdalom

☐ **Légúti tünetek:**

☐ Köhögés

☐ Légszomj

☐ **Kardiovaszkuláris tünetek:**

☐ Mellkasi fájdalom

☐ Palpitáció

☐ **Neurológia tünetek:**

☐ Kognitív zavarok („agyi köd”, koncentrációs zavar vagy memória problémák)

☐ Fejfájás

☐ Alvászavar

- ☐ Perifériás neuropátiás tünetek (szűrő érzés, zsibbadás)
- ☐ Szédülés
- ☐ Delírium (idősebb populációnál)

☐ **Mozgásszervi tünetek:**

- ☐ Izomfájdalom
- ☐ Ízületi fájdalom (érintett ízületek felsorolásával).

☐ **Pszichiátriai tünetek:**

- ☐ Depresszió tünetei
- ☐ Szorongás tünetei
- ☐ Alvászavar
- ☐ Rémálmok megjelenése

☐ **Emésztőrendszeri panaszok:**

- ☐ Anorexia és csökkent étvágy (idősebb populációnál)
- ☐ Hasmenés
- ☐ Hasi fájdalom
- ☐ Émelygés

☐ **Fül-orr-gégészeti panaszok:**

- ☐ Fülzúgás
- ☐ Fülfájás
- ☐ Hallás csökkenés / hallásvesztés
- ☐ Torokfájás
- ☐ Szaglás elvesztése
- ☐ Ízérzés elvesztése

☐ **Bőrgyógyászati tünetek:**

- ☐ Bőrkütiés (lokalizáció, jellege, fennállása)

☐ **Egyéb:**

Labor vizsgálatok (amennyiben a beteg nem hozott magával)

- ☐ Vértkép
- ☐ Biokémia – vesefunkció, májenzimek, C-reaktív protein, vaspanel
- ☐ Pajzsmirigy funkció
- ☐ HS-Troponin, NT-ProBNP
- ☐ D-dimer