



## ORSZÁGOS SPORTEGÉSZSÉGÜGYI INTÉZET

Dr. Soós Ágnes, főigazgató főorvos

Dr. Toman József, VKESZ vezető

1113 Budapest, Karolina út 27.

Levelezési cím: 1525 Bp. 114. Pf. 39.

Tel.: (1) 488-6111 E-mail: foig@osei.hu



### COVID-19 checklist sportolók, stábtagnak és lehetséges fertőzöttek részére

A VIZSGÁLT <u>SZEMÉLYRE</u> VONATKOZÓ ALAPADATOK ÉS ELÉRHETŐSÉGEK	
Vezetéknéve és keresztnéve	
TAJ száma	
Lakcíme	
Telefonszáma, email címe	
Sportága	
Sportaktivitás szintje vagy a stábban betöltött pozíciója	
A VIZSGÁLT <u>SZEMÉLY</u> DEMOGRÁFIAI, EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATAI	
Neme	<input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő
Születési dátuma (ÉV.HÓ.NAP)	
<b>[A]</b> Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e?	<input type="checkbox"/> Láz ( $\geq 38$ °C) <input type="checkbox"/> Köhögés <input type="checkbox"/> Légszomj <input type="checkbox"/> Ízületi fájdalom <input type="checkbox"/> Szempanasz <input type="checkbox"/> Fáradtság <input type="checkbox"/> Hidegrázás <input type="checkbox"/> Fejfájás <input type="checkbox"/> Rossz közérzet <input type="checkbox"/> Izomfájdalom <input type="checkbox"/> Hányinger/hányás <input type="checkbox"/> Orrfolyás <input type="checkbox"/> Felületes légzés <input type="checkbox"/> Torokfájás <input type="checkbox"/> Hasmenés
Tünet(ek) kezdete (ÉV.HÓ.NAP)	
Állt-e bármilyen kórházi kezelés alatt az 14 napban? (rövid leírás)	
Kórelőzményi adatok	<input type="checkbox"/> Szívbetegség <input type="checkbox"/> Cukorbetegség <input type="checkbox"/> Művesekezelés <input type="checkbox"/> Krónikus tüdőbetegség <input type="checkbox"/> VVT rendellenesség <input type="checkbox"/> Legyengült immunrendszer <input type="checkbox"/> Májbetegség <input type="checkbox"/> Anyagcsere betegség <input type="checkbox"/> Daganatos betegség <input type="checkbox"/> Idegrendszeri betegség <input type="checkbox"/> Vesebetegség <input type="checkbox"/> Elhízás <input type="checkbox"/> Dohányzás <input type="checkbox"/> Alkoholbetegség <input type="checkbox"/> Terhesség <input type="checkbox"/> Doppingszer alkalmazás <input type="checkbox"/> Kábítószer fogyasztás
<b>[B1]</b> Járt-e a tünetek megjelenése előtti 14 napban új koronavírus által érintett területen/országban? <a href="https://www.nnk.gov.hu/">https://www.nnk.gov.hu/</a>	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen, az alábbi területen/országban:

Utazás módja és ideje	
Járatszám	
Érintett városok, további járatszámok	
A külföldi tartózkodás során az elszállásolás módja	
Látogatott kockázatos helyek az utolsó 14 napban (piac, kórház, rendelő, bevásárlóközpont, stb.)	
<b>[B2]</b> Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírusal fertőzött személlyel?	<input type="checkbox"/> Egy háztartásban él új koronavírus fertőzött beteggel <input type="checkbox"/> Személyes kapcsolatba került új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) <input type="checkbox"/> Zárt légtérben tartózkodott új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) pl. munkahely, osztályterem, kórházi beteglátogatás, edzőterem, sportcsarnok, uszoda, edzőtábor) <input type="checkbox"/> Repülőúton bármilyen irányban 2 ülésnyi távolságban ült az új koronavírusal fertőzött betegtől VAGY az 2019nCoV fertőzött beteget ápolta <input type="checkbox"/> Az előírt egyéni védőeszközök alkalmazása nélkül a COVID-19 beteg közvetlen ellátásában/ápolásában részt vett
Megjegyzés:	
Volt-e koronavírus tesztje?	
Időpontja és eredménye?	
A teszt elvégzése óta történt-e az egészségi állapotában változás?	
Volt-e önként vállalt karanténban?	
Ha volt, mikor és hol?	
<b>A VIZSGÁLT <u>SZEMÉLY</u> COVID-19 GYANÚ SZEMPONT SZERINTI MINŐSÍTÉSE</b>	
<input type="checkbox"/> GYANÚS ESET*	<input type="checkbox"/> <u>NEM</u> GYANÚS ESET

\*Akár [A]+[B1] alapján, azaz a felsorolt tünetek bármelyike fennállása mellett teljesült az utazási kritérium a megelőző 14 napban, akár [A]+[B2] alapján, azaz a felsorolt tünetek bármelyike fennállása mellett bármilyen formában szoros kontaktja volt valószínűsített vagy megerősített új koronavírus esetnek a megelőző 14 napban.

Hely, dátum: .....

A kiállító orvos neve: .....

**Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti válaszaim a valóságnak megfelelnek:**

Fny: 0446. A sportoló (vagy törvényes képviselőjének) aláírása:.....