**Ellenőrző lista asszisztált reprodukciós kivizsgálásban, illetve kezelésben részesülő betegek részére**

**ORVOS ÁLTAL KITÖLTENDŐ RÉSZ:**

|  |  |
| --- | --- |
| **A *FELESÉG / A PÁR NŐTAGJA* COVID-19 GYANÚ SZEMPONT SZERINTI MINŐSÍTÉSE** | |
| ☐ GYANÚS ESET  Ph | ☐ NEM GYANÚS ESET  Ph |

|  |  |
| --- | --- |
| **A *FÉRJ/ A PÁR FÉRFITAGJA* COVID-19 GYANÚ SZEMPONT SZERINTI MINŐSÍTÉSE** | |
| ☐ GYANÚS ESET  Ph | ☐ NEM GYANÚS ESET  Ph |

**BETEG által kitöltendő rész:**

**Kezelőorvos neve:**

☐ Prof. Dr. Urbancsek János ☐ Dr. Murber Ákos ☐ Dr. Árokszállási Anikó

☐ Dr. Pócsi Dóra ☐ Dr. Fekécs Györgyi

☐ Először jelentkező beteg vagyok

**Kitöltés dátuma**: Dátum megadásához kattintson ide.

**I.**

**A *FELESÉG / A pár NŐtagjára* vonatkozó alapadatok és elérhetőségek**

Vezetékneve és keresztneve:Szöveg beírásához kattintson ide.

Jelenlegi tartózkodási helye:

Város: Szöveg beírásához kattintson ide.

Utca Szöveg beírásához kattintson ide. házszám: Szöveg beírásához kattintson ide.

Mobil telefonszáma Szöveg beírásához kattintson ide.

Email címe: Szöveg beírásához kattintson ide.

**A *FELESÉG / A PÁR NŐTAGJÁRA VONATKOZÓ* DEMOGRÁFIAI, EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATAI**

Születési dátuma: Dátum megadásához kattintson ide.

Foglalkozása: Szöveg beírásához kattintson ide.

**Dolgozik-e jelenleg kórházban, idősek otthonában, vagy bármilyen egészségügyi ellátó intézetben?**

☐ Nem

☐ Igen, egészségügyi intézmény megnevezése, annak helye: Szöveg beírásához kattintson ide.

**[A1] Van-e bármilyen ismert súlyos krónikus betegsége (pl.: cukorbetegség, légúti betegség, máj- és/vagy vesebetegség, magas vérnyomás betegség)?**

☐ Nem

☐ Igen, az alábbiak: Szöveg beírásához kattintson ide.

**[A2] Részesült-e szervátültetésben és/vagy immunszupresszáns kezelésben?**

☐ Nem

☐ Igen, az alábbiak: Szöveg beírásához kattintson ide.

**[B1] Volt-e bármilyen akut megbetegedése az elmúlt 2 hétben?**

☐ Nem

☐ Igen (az alábbiak): Szöveg beírásához kattintson ide.

**[B2] Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e?**

☐ Láz (≥38 ºC) ☐ Köhögés ☐ Légszomj ☐ Szaglás- és/vagy ízérzékelés csökkenése

☐ Torok kaparó érzése

☐ Egyiket sem Tünet(ek) kezdete: Dátum megadásához kattintson ide.

**[B3] Került-e kapcsolatba az elmúlt 14 napban olyan személlyel, aki a fenti tünetek bármelyikét tapasztalta?**

☐ Nem

☐ Igen, annak pontos ideje, tünet megnevezése: Dátum megadásához kattintson ide. Szöveg beírásához kattintson ide.

**[C1] Járt-e a tünetek megjelenése előtti 14 napban külföldön?**

☐ Nem

☐ Igen, az alábbi területen / országban: Szöveg beírásához kattintson ide.

**[C2] Került-e** **szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban** **megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírussal fertőzött személlyel? Ha igen, kivel?**

☐ Egy háztartásban él új koronavírus fertőzött beteggel

☐ Személyes kapcsolatba került új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő)

☐ Zárt légtérben tartózkodott új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) pl. munkahely, osztályterem, kórházi beteglátogatás)

☐ Repülőúton bármilyen irányban 2 ülésnyi távolságban ült az új koronavírussal fertőzött betegtől VAGY az 2019-nCoV fertőzött beteget ápolta VAGY a repülőgép személyzeteként az új koronavírussal fertőzött beteg ülőhely szektorában látott el szolgálatot

☐ Az előírt egyéni védőeszközök alkalmazása nélkül a COVID-19 beteg közvetlen ellátásában/ápolásában részt vett, vagy aki laboratóriumi dolgozóként COVID-19 beteg mintáit kezelte

☐ Egyik sem igaz rám a fentiek közül

**[D1] Diagnosztizáltak-e Önnél korábban COVID-19 fertőzést?**

☐ Nem

☐ Igen, dátum: Dátum megadásához kattintson ide.

egészségügyi intézmény megnevezése: Szöveg beírásához kattintson ide.

Zárójelentést kérjük mellékelni szíveskedjen.

**[D2] Amennyiben korábban COVID-19 fertőzést igazoltak Önnél, gyógyultnak nyilvánították-e?**

☐ Nem

☐ Igen, dátum: Dátum megadásához kattintson ide.

egészségügyi intézmény megnevezése: Szöveg beírásához kattintson ide.

Zárójelentést kérjük mellékelni szíveskedjen.

**Megjegyzés:**

Szöveg beírásához kattintson ide.

**II.**

**A *FéRJ / A pár FÉRFItagjára* vonatkozó alapadatok és elérhetőségek**

Vezetékneve és keresztneve: Szöveg beírásához kattintson ide.

Jelenlegi tartózkodási helye:

Város: Szöveg beírásához kattintson ide.

Utca Szöveg beírásához kattintson ide. házszám: Szöveg beírásához kattintson ide.

Mobil telefonszáma Szöveg beírásához kattintson ide.

Email címe: Szöveg beírásához kattintson ide.

**A *FÉRJ/ A PÁR FÉRFITAGJÁRA VONATKOZÓ* DEMOGRÁFIAI, EGÉSZSÉGI ÉS JÁRVÁNYÜGYI JELENTŐSÉGŰ ADATAI**

Születési dátuma: Dátum megadásához kattintson ide.

Foglalkozása: Szöveg beírásához kattintson ide.

**Dolgozik-e jelenleg kórházban, idősek otthonában, vagy bármilyen egészségügyi ellátó intézetben?**

☐ Nem

☐ Igen, egészségügyi intézmény megnevezése, annak helye: Szöveg beírásához kattintson ide.

**[A1] Van-e bármilyen ismert súlyos krónikus betegsége (pl.: cukorbetegség, légúti betegség, máj- és/vagy vesebetegség, magas vérnyomás betegség)?**

☐ Nem

☐ Igen, az alábbiak: Szöveg beírásához kattintson ide.

**[A2] Részesült-e szervátültetésben és/vagy immunszupresszáns kezelésben?**

☐ Nem

☐ Igen, az alábbiak: Szöveg beírásához kattintson ide.

**[B1] Volt-e bármilyen akut megbetegedése az elmúlt 2 hétben?**

☐ Nem

☐ Igen (az alábbiak): Szöveg beírásához kattintson ide.

**[B2] Az alábbi tünetek bármelyikét tapasztalja-e?**

☐ Láz (≥38 ºC) ☐ Köhögés ☐ Légszomj ☐ Szaglás- és/vagy ízérzékelés csökkenése

☐ Torok kaparó érzése

☐ Egyiket sem Tünet(ek) kezdete: Dátum megadásához kattintson ide.

**[B3] Került-e kapcsolatba az elmúlt 14 napban olyan személlyel, aki a fenti tünetek bármelyikét tapasztalta?**

☐ Nem

☐ Igen, annak pontos ideje, tünet megnevezése: Dátum megadásához kattintson ide. Szöveg beírásához kattintson ide.

**[C1] Járt-e a tünetek megjelenése előtti 14 napban Külföldön?**

☐ Nem

☐ Igen, az alábbi területen / országban : Szöveg beírásához kattintson ide.

**[C2] Került-e szoros kapcsolatba a tünetek megjelenése előtti 14 napban megerősítetten vagy valószínűsítetten új koronavírussal fertőzött személlyel? Ha igen, kivel?**

☐ Egy háztartásban él új koronavírus fertőzött beteggel

☐ Személyes kapcsolatba került új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő)

☐ Zárt légtérben tartózkodott új koronavírus fertőzött beteggel (2m-en belüli távolság, 15 percnél hosszabb idő) pl. munkahely, osztályterem, kórházi beteglátogatás)

☐ Repülőúton bármilyen irányban 2 ülésnyi távolságban ült az új koronavírussal fertőzött betegtől VAGY az 2019-nCoV fertőzött beteget ápolta VAGY a repülőgép személyzeteként az új koronavírussal fertőzött beteg ülőhely szektorában látott el szolgálatot

☐ Az előírt egyéni védőeszközök alkalmazása nélkül a COVID-19 beteg közvetlen ellátásában/ápolásában részt vett, vagy aki laboratóriumi dolgozóként COVID-19 beteg mintáit kezelte

☐ Egyik sem igaz rám a fentiek közül

**[D1] Diagnosztizáltak-e Önnél korábban COVID-19 fertőzést?**

☐ Nem

☐ Igen, dátum: Dátum megadásához kattintson ide.

Egészségügyi intézmény megnevezése: Szöveg beírásához kattintson ide.

Zárójelentést kérjük mellékelni, szíveskedjen.

**[D2] Amennyiben korábban COVID-19 fertőzést igazoltak Önnél, gyógyultnak nyilvánították-e?**

☐ Nem

☐ Igen, dátum: Dátum megadásához kattintson ide.

egészségügyi intézmény megnevezése: Szöveg beírásához kattintson ide.

Zárójelentést kérjük mellékelni szíveskedjen.

**Megjegyzés:**

Szöveg beírásához kattintson ide.

**III.**

**MAGATARTÁSI KÓDEX ASSZISZTÁLT REPRODUKCIÓS KIVIZSGÁLÁSBAN ÉS KEZELÉSBEN RÉSZESÜLŐ BETEGEK RÉSZÉRE COVID-19 JÁRVÁNY IDEJÉN**

1. **Osztályunkra való érkezése előtt kérjük mosson kezet az alábbi higiénés szabályok betartása szerint, illetve használja az osztályunkon található kézfertőtlenítő oldatot!**



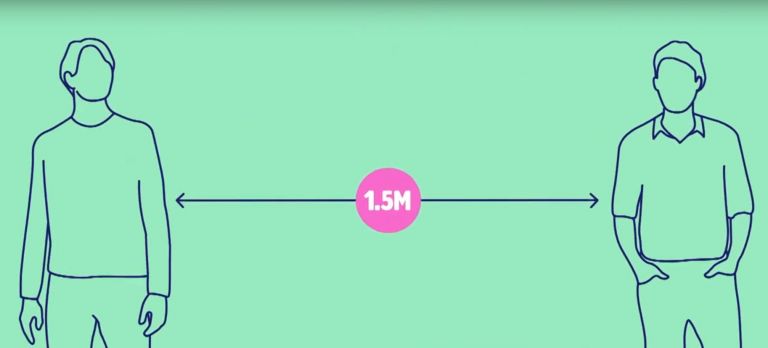
1. **Osztályunkon a COVID-19 járvány ideje alatt az arcmaszk viselése KÖTELEZŐ!**

Az arcmaszk helyes viselésének és levételének alapszabályai:

* Alapos kéztisztítást követően helyezzük fel a maszkot
* A fémcsík a maszk tetején legyen, és hézagmentesen fedje az arcot
* Kézzel ne érjen a maszk elülső részéhez viselés közben és az eltávolítás során sem, mivel az szennyezett lehet!
* Ügyeljen rá, hogy a maszk levételekor ne érjen a szeméhez, az orrához vagy a szájához!
* Lezárt hulladéktárolóba dobja ki a használt maszkot!
* Eltávolítás után azonnal mosson kezet, vagy használjon kézfertőtlenítőt!
* Soha ne használjon több alkalommal egyszer használatos maszkokat!



1. **Kérjük figyeljen a megfelelő távolságtartásra Osztályunkon is!**



1. **Általános emlékeztető mindennapjainkra!**



A fent bemutatott magatartási kódexet áttanulmányoztam, az asszisztált reprodukciós kivizsgálásom és kezelésem alatt annak minden pontját betartom.

☐ A pár nőtagja (vezetéknév és keresztnév): Szöveg beírásához kattintson ide.

☐ A pár férfitagja (vezetéknév és keresztnév): Szöveg beírásához kattintson ide.

Dátum: Dátum megadásához kattintson ide.