

陕西省消化病诊疗质控中心推荐应对

“COVID-19”人群初筛调查表

问题 1: 您在哪里居住/从哪里来? ()

西安市碑林区、灞桥区、雁塔区、高新区, 汉中市洋县, 安康市汉滨区和旬阳县 7 个区县为中风险地区, 若您来自于上述地区, 需要进一步筛查。

问题 2: 您近期是否接触过武汉或湖北地区相关人员?

否 是 (按流程进一步筛查)

问题 3: 您所居住的小区有新冠肺炎确诊患者吗?

否 是 (按流程进一步筛查)

问题 4: 您的家人或者同事是否有多人出现咳嗽、发烧等症状?

否 是 (按流程进一步筛查)

问题 5: 您近期有否出现如下症状/体征? (可多选)

发热 寒战 乏力 干咳 鼻塞 流涕 腹泻
咽痛 头痛 喘憋 气短 恶心 呕吐 胸痛
呼吸困难 肌肉酸痛 关节酸痛 结膜充血 以上均无
其他: ()

如有上述症状或体征, 请进一步具体描述: 时间、诱因、严重程度、用药史包括用药后改善情况等, 同时需要按流程进一步筛查。

患者须知: 1) 消化内镜诊疗前需提供 3 日内的血常规和胸部 CT 结果, 若胸部 CT 有怀疑, 需进一步提供新型冠状病毒核酸检测结果, 并严格遵守内镜中心相关规定; 2) 因新型冠状病毒具有潜伏期长、感染性强及隐匿性强等特征, 尽管我们采取了相应的防控措施, 但如果在和您接受本次内镜诊疗同一时段的患者中发现确诊或疑似病例, 则您将需要后续居家或者来院进行规范化隔离观察。

以上筛查内容及注意事项请您充分知悉, 并承诺为您本人如实回答, 同时您也愿意接受在内镜诊疗过程中存在感染新型冠状病毒的潜在风险。

患者本人签名: 签字日期:

患者身份证号: 电话号码:

近 2 周居住地 (具体到门牌号):

筛查医护人员签名: 签字日期: