**ФИО ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Чек - лист «Коронавирусная инфекция»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Признак | Да | Нет |
| 1 | Находились ли Вы (или Ваш ребенок) в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, у которых **лабораторно подтвержден случай COVID-19** или **имеются симптомы простудного заболевания** (повышение температуры тела от 37,5°C и выше, потеря обоняния, кашель, насморк, слабость, головная боль, боль в горле) или кишечного расстройства (повышение температуры тела от 37,5°C и выше, тошнота, рвота, диарея) |  |  |
| 2 | Прибыли ли Вы (или Ваш ребенок) из субъекта РФ неблагополучного по COVID-19 |  |  |
| 3 | **Имеются ли у Вас (или Вашего ребенка)** в настоящее время симптомы простудного заболевания (повышение температуры тела от 37,5°C и выше, потеря обоняния, кашель, насморк, слабость, головная боль, боль в горле) или кишечного расстройства (повышение температуры тела от 37,5°C и выше, тошнота, рвота, диарея)? |  |  |
| 4 | **Были ли у Вас (или Вашего ребенка)** за последние несколько дней симптомы простудного заболевания –температура тела выше 37,5°C и один или более признаков: кашель, одышка, потеря обоняния, ощущение заложенности в грудной клетке, головная боль, насморк и другие катаральные симптомы, кишечные расстройства? |  |  |
| 5 | Был ли у Вас (или Вашего ребенка) ранее выявлен положительный результат лабораторного исследования мазка из носоглотки/ротоглотки на COVID-19? |  |  |
| 6 | Проходили ли Вы (или Ваш ребенок) лечение с повторным тестированием и получением отрицательного результата на COVID-19? |  |  |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (полностью родителя) | | | |