



TÜRKİYE ESKRİM FEDERASYONU COVID-19 RİSK ANKETİ

Adı:	
Soyadı:	
Doğum Tarihi:	
İkamet Adresi:	
Cep Telefonları:	
E-mail:	
Eskrim Branşı:	
Pozisyonu (Sporcu-Antrenör-Veli-Personel):	

Temas riski değerlendirme

Covid-19 ile ilgili temas riskinizi değerlendirmek için lütfen aşağıdaki soruları cevaplayın	Evet (X)	Hayır (X)
Son 14 gün içinde teyit edilmiş bir Covid-19 vakasıyla temas kurduunuz mu?		
Geçmişte Covid-19 ile bağlantılı olarak resmi bir karantinada kaldınız mı? Cevabınız "Evet" ise, lütfen karantinanın sona erme tarihini belirtin:/...../.....		
Son 14 gün içinde ikametiniz dışında bulundunuz mu? Cevabınız evet ise, lütfen ne zaman ve nerede bulunduğunuzu belirtiniz:/...../2020,/...../2020 arasında.....		

Belirti değerlendirme

Lütfen son 14 günlük süreyi dikkate alarak mevcut klinik semptomlarla ilgili soruları cevaplayın!	Evet (X)	Hayır (X)
Ateş		
Öksürük		
Solunum sıkıntısı		
Boğaz ağrısı		
Baş ağrısı		
Kas ve eklem ağrıları		
İshal		
Tat ve/veya koku alma bozuklukları		
Bulantı ve/veya kusma		
Titreme		
Alerjik Rinit (Eğer evet ise ilgili semptomların doktor raporu ile doğrulanması gerekmektedir.)		