

COVID-19 SEMPTOM İZLEM FORMU

Adı					
Soyadı					
Vaka Durumu					
Takip Başlangıç Tarihi					
Takip Bitiş Tarihi					
Semptom Takip Periyodu	İlk Gün	5. Gün	7. Gün	10. Gün	14. Gün
Ateş					
Boğaz Ağrısı					
Baş Ağrısı					
Öksürük					
Solunum Sıkıntısı					
İshal					
Koku/Tat Kaybı					
Burun Akıntısı					
Korona virüs Salgını Danışma Komisyonu (KOV-KOM)					
Öğrenci/Personelden Sorumlu Kişi					
İmza					