**АСУУМЖ**

2020 оны ........-р сарын .......-ны өдөр ………. цэгээс нэвтэрсэн

/цэгийн ажилтан тэмдэглэнэ/

1. Овог: ....................................... нэр: ...............................................

2. Хүйс: Эр Эм

3. Иргэншил: ......................................................................................

4. Регистр: .....................................

5. Оршин суугаа хаяг: .......................................................................

6. Утасны дугаар: .........................................

7. Шаардлагатай үед холбоо барих хүний утасны дугаар: .....................

8. Уулзах хүний албан тушаал, нэр /оролцох хурал, арга хэмжээ/

....................................................................................................................

9. Сүүлийн 21 хоногийн хугацаанд эм /антибиотик/ хэрэглэсэн үү?

Тийм Үгүй

/*тайлбар:* ......................................................................................./

10.Та сүүлийн 14-21 хоногт халдвар бүртгэгдсэн гадаад орнуудаар зорчсон хүнтэй хамт байсан эсэх:*тайлбар: ......................................*

Тийм Үгүй

11.Тийм бол ямар орноор зорчсон: ..........................................................

12. COVID-19-н халдвар батлагдсан хүнтэй болон хавьтал болсон хүнтэй хамт байсан эсэх:Тийм Үгүй

13. Халдварын сэжигтэй хот, аймаг, сум руу зорчсон эсэх:

 Тийм Үгүй /*тайлбар: ......................................................*/

14. Танд дараах шинж тэмдэг байвал / -, + / тэмдэг тавина уу?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Илэрсэн шинж тэмдэг** | **-** | **+** | **№** | **Илэрсэн шинж тэмдэг** | **-** | **+** |
| 1 | 380 дээш халуурах |  |  | 7 | Хэвлий, цээжээр өвдөх  |  |  |
| 2 | Толгой өвдөх |  |  | 8 | Бөөлжих, суулгах |  |  |
| 3 | Булчин, үе мөч өвдөх |  |  | 9 | Амьсгал давчдах |  |  |
| 4 | Цочимтгой болох |  |  | 10 | Чичрэх  |  |  |
| 5 | Хоолой хөндүүрлэх |  |  | 11 | Бие сулрах |  |  |
| 6 | Ханиалгах, найтаах |  |  | 12 | Дотор муухайрах |  |  |

15.Та гадаад улс, хөдөө орон нутгаас ирээд тусгаарлалтад орсон эсэх, таны гэр бүл, хамаатан садан, ойр дотны хүмүүс тусгаарлалтад орсон эсэх талаар? /орсон бол хэзээ? Ямар хугацаанд /

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Асуумжийг үнэн зөв бөглөсөн:**...................................................албан тушаал нэр ...........................................гарын үсэг:........................./гарын үсэг зурна уу/

ХАРИЛЦААНД ОРСОН ХҮМҮҮСИЙН БҮРТГЭЛИЙН ХҮСНЭГТ

(Хувь хүнд ширээн дээрээ байлгаж шаардлагатай үед холбогдох алба хаагчид үзнэ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Он, сар, өдөр | Хэнтэй уулзсан | Ажлын  | Ажлын бус | Утасны дугаар |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Анхааруулга:** Хэрэв эрүүл мэндийн мэдүүлгийг худал бөглөвөл эрүүгийн хууль болон зөрчлийн тухай хуулиар хариуцлага хүлээх болно.