

Hemodialysis Patient Screening Questionnaire for Influenza-like Illness/COVID-19 (Russian)

► Please complete for every patient at every HD visit prior to the patient's entry into the HD unit.

Date: _____

PATIENT INFORMATION LABEL

Name: _____

Address: _____

Phone: _____

Date of Birth (MM/DD/YYYY): _____

PHN: _____

On arrival, ask the patient each of the following 5 questions:

Укажите, присутствуют ли у Вас сейчас какие-либо из указанных ниже симптомов: Does the patient:	Да Yes	Нет No	Staff Initial
1. Температура тела 37,5 градусов и выше или жар/лихорадка Have a temperature ≥ 37.5 or self-reported fever?			
2. Боль в горле Have a sore throat?			
3. Недавно возникший или ухудшающийся кашель (в сравнении с Вашим обычным состоянием) Have a new or worsening cough (compared to their baseline)?			
4. Затрудненное дыхание или одышка (в сравнении с Вашим обычным состоянием) Have difficulty breathing/shortness of breath (compared to their baseline)?			
5. В предыдущие 14 дней, пребывали ли Вы в близком контакте с людьми, у которых подтвержден или подозревается диагноз заболевания COVID-19? Report close contact with a known or suspected COVID-19 positive person within the past 14 days?			

Присутствуют ли у Вас также какие-либо из указанных ниже симптомов (отметьте все симптомы, которые у Вас сейчас присутствуют): During the screening process, did the patient mention any other symptoms (check all that apply):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Боль в мышцах
Myalgia | <input type="checkbox"/> Боль в животе
Abdominal pain | <input type="checkbox"/> Озноб
Chills |
| <input type="checkbox"/> Недомогание
Malaise | <input type="checkbox"/> Диарея/понос
Diarrhea | <input type="checkbox"/> Другие недавно проявившиеся симптомы (укажите, какие)
Other new symptom (please specify): |
| <input type="checkbox"/> Головная боль
Headache | <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота
Nausea/vomiting | _____ |
| <input type="checkbox"/> Чихание
Sneezing | <input type="checkbox"/> Потеря чувства вкуса или обоняния
Loss of taste or smell | |
| <input type="checkbox"/> Насморк или заложенный нос
Runny nose/nasal congestion | <input type="checkbox"/> Потеря аппетита
Loss of appetite | |

► If the answer to at least 1 question above is "yes", please place the form in the designated box.