

Potilasseulontalomake

Potilaan nimi:

	ENNEN VASTAANOTTOA	VASTAANOTOLLA
	Päivämäärä:	Päivämäärä:
Onko sinulla/potilaalla kuumetta tai onko sinulla/potilaalla ollut lämpöilyä tai kuumeinen olo viime aikoina (14 päivän sisällä)?	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Onko sinulla/potilaalla hengenahdistusta tai muita hengitysvaikeuksia?	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Onko sinulla/potilaalla yskää?	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Muita flunssaoireita, kuten vatsaoireita, päänsärkyä tai väsymystä?	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Onko sinulla/potilaalla ollut maku- tai hajuaistin menetystä?	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Oletko / Onko potilas ollut kontaktissa henkilöihin, joilla on vahvistettu COVID-19 tartunta? <i>Oireettomien potilaiden, joiden perheenjäsenellä on COVID-19-tartunta tulisi harkita elektiivisen hoidon siirtämistä.</i>	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Onko sinulla/potilaalla jokin sydänsairaus, keuhkosairaus, munuaissairaus, autoimmuunisairaus tai diabetes?	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei

Yhdenkin positiivisen vastauksen perusteella tulisi keskustella hammaslääkärin kanssa ennen elektiiviseen hammashoitoon ryhtymistä.