

اظهارنامه پزشکی مسابقات فوتبال در شرایط کووید-۱۹

| | | | |
|---|--|--|--|
| نام و نام خانوادگی: | | نام باشگاه: | |
| سن: | | شهر اقامت: | |
| شماره موبایل: | | وزن: | |
| شماره قد: | | دارای سابقه بیماری های زیر می باشم: | |
| <input type="checkbox"/> مشکلات کلیه <input type="checkbox"/> بیماری ریوی مزمن <input type="checkbox"/> سابقه بدخیمی و مصرف داروهای ضعیف کننده سیستم ایمنی | | <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> بیماری قلبی عروقی <input type="checkbox"/> فشارخون | |
| سابقه ابتلا به ویروس کرونا: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی | | سابقه تماس اخیر با بیمار مبتلا یا مشکوک به کرونا در دو هفته اخیر داشته ام: <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی | |
| <input type="checkbox"/> تب و لرز <input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> سرفه <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/> از دست دادن حس بویایی و چشایی <input type="checkbox"/> راش و علائم پوستی | | <input type="checkbox"/> سابقه بروز علائم زیر در دو هفته اخیر داشته ام: <input type="checkbox"/> گلودرد <input type="checkbox"/> آبریزش بینی <input type="checkbox"/> بدن درد <input type="checkbox"/> ضعف، بی حالی و خستگی <input type="checkbox"/> اسهال <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ | |
| این قسمت تنها برای موارد مثبت کرونا تکمیل شود | | | |
| گواهی می شود آقای کد ملی..... توسط اینجانب متخصص قلب و عروق به شماره نظام پزشکی در تاریخ معاینه شد. انجام فعالیت ورزشی توسط نامبرده بلامانع است. | | | |
| مهر و امضا | | | |
| اینجانب..... کد ملی متعهد به موارد زیر می باشم | | | |
| ۱- کلیه اطلاعات فوق مورد تایید اینجانب می باشد . | | | |
| ۲- اینجانب و فرزندم متعهد به رعایت تمامی پروتکل های ابلاغی از سوی ستاد مبارزه با کرونا در فوتبال و ستاد ملی مبارزه با کرونا می باشم. | | | |
| مهر و امضا | | | |

