

Müşahidə olunanın S.A.A.		Faktiki yaşayış ünvanı:	
Mob.:		ŞV FİN Kodu №	
Ev nömrəsi:		Müşahidəyə götürülmə tarixi:	
Ünvan:		Müşahidə edən həkimin (S.A.A.):	
Son təmas tarixi:			
Təmasın olduğu ölkə:			
Öskürək:	Var <input type="checkbox"/>	yox <input type="checkbox"/>	
Temperatur:			
Təngnəfəslik:	Var <input type="checkbox"/>	yox <input type="checkbox"/>	
Qusma/ürək bulanma:	Var <input type="checkbox"/>	yox <input type="checkbox"/>	
İmza:			Tarix:

**Qeyd:** Şübhəli hallar son 14 gün ərzində ÜST-nin təqdim etdiyi bülletəndə qeyd olunmuş ölkələrdə səfərdə olan şəxslər, COVID-19 virusu laborator təsdiqlənmiş şəxslə təmasda olanlar insanlar aid edilir.

S.A.A.		ŞV FİN Kodu №	
Mob.:		Təkim olduğu poliklinika:	
Ev nömrəsi:		Sahə həkiminin (S.A.A.):	
Ünvan:			
Təmasın olduğu ölkə:		Son təmas tarixi:	
Qeydlər:			
İmza:			Tarix:

**Qeyd:** Şübhəli şəxslər son 14 gün ərzində ÜST-nin təqdim etdiyi bülletəndə qeyd olunmuş ölkələrdə səfərdə olan şəxslər, COVID-19 virusu laborator təsdiqlənmiş şəxslə təmasda olanlar insanlar aid edilir.