

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение "Детский сад общеразвивающего вида

"Чуораанчык" МР "Амгинский улус (район)"

ПОЛНОЕ НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

# **ЖУРНАЛ**

## **учета работников с выявленными симптомами ОРВИ**

Начат «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Окончен «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

















№ п/п	Дата и время выявления симптомов ОРВИ	Фамилия, имя, отчество обследуемого сотрудника	Год рождения	Профессия, должность работника	Описание симптомов ОРВИ (температура, кашель, озноб)	Фамилия, инициалы, должность сотрудника, проводившего осмотр	Подпись сотрудника проводивше- го осмотр	Подпись работника об уведомлении его о требовании соблюдения режима самоизоляции и незамедтельном обращении за медицинской помощью на дому
1	2	3	4	5	6	7	8	9

№ п/п	Дата и время выявления симптомов ОРВИ	Фамилия, имя, отчество обследуемого сотрудника	Год рождения	Профессия, должность работника	Описание симптомов ОРВИ (температура, кашель, озноб)	Фамилия, инициалы, должность сотрудника, проводившего осмотр	Подпись сотрудника проводившего осмотр	Подпись работника об уведомлении его о требовании соблюдения режима самоизоляции и незамедлительном обращении за медицинской помощью на дому
1	2	3	4	5	6	7	8	9

№ п/п	Дата и время выявления симптомов ОРВИ	Фамилия, имя, отчество обследуемого сотрудника	Год рождения	Профессия, должность работника	Описание симптомов ОРВИ (температура, кашель, озноб)	Фамилия, инициалы, должность сотрудника, проводившего осмотр	Подпись сотрудника проводившего осмотр	Подпись работника об уведомлении его о требовании соблюдения режима самоизоляции и незамедлительном обращении за медицинской помощью на дому
1	2	3	4	5	6	7	8	9