|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** |  | **FAKÜLTE/SHMYO** |  |
| **SAAT** |  | **DÖNEM** |  |
| **BLOK** |  | **DERS ADI** |  |
| **SINIF** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI** | **ŞİKAYETİ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Öğretim Üyesi Adı Soyadı** | **:** |  |
| **Tarih** | **:** | … / … / 20.. |
| **İmza** | **:** |  |

**\*Sık görülen belirtiler:**

|  |  |
| --- | --- |
| * Ateş * Öksürük * Nefes darlığı * Baş ağrısı * Boğaz ağrısı | * Burun akıntısı * Kas ve eklem ağrıları * Halsizlik * Koku ve tat alma duyusu kaybı * İshal |

**Not:** Form öğrencilerin Covid-19 düşündürecek herhangi bir şikâyeti olduğu her ders saati için doldurulmalı ve ilgili Dekan/Müdüre ders sonunda teslim edilmelidir.

**REVİZYON BİLGİLERİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Revizyon  No | Revizyon  Tarihi | Revizyon Açıklaması |
| 0 | - | İlk yayın. |
|  |  |  |