|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RevizyonNo | RevizyonTarihi | Revizyon Açıklaması |
| 0 | - | İlk yayın. |
|  |  |  |