**江南大学附属医院体检注意事项**

无锡经开区教育系统团队体检人员：贵单位已经为您预约了 2022年11月21日的健康体检，请您**戴好口罩、准备好身份证、苏康码、行程码、新冠肺炎流行病学调查表，**于体检当日空腹07:30到达体检中心三楼吧台办理手续（最晚不超过09:15），目前正逢体检高峰时间，每天体检人数较多，请留充足体检时间，耐心等待体检。**疫情防控要求重点提醒如下！！！**

1. 本人或共同居住人员从境外、国内中高风险地区返锡不能来院体检；纳入《涉疫地区人员健康管理口径》城市（地区）的返锡人员，包括3天3检、7天健康监测、居家健康监测、居家隔离人员不能来院体检；本市中高风险区域人员不能来院体检。**外省、市返锡人员请主动向社区报备，获取相对应的健康管理口径，否则后果自负。**
2. 从省外非涉疫地区所在设区市返锡人员，按要求完成落地后的3天3检，检测期间建议不要来院体检。从省内非涉疫地区所在设区市返锡人员，按要求完成落地后的3天2检，凭落地后的核酸阴性结果可以来院体检，上述人员如果在本市继续旅居，参照本市人员管理，提供体检当天48或72小时内核酸阴性结果。（参照全市全民核酸频次和要求执行。）
3. 本市人员请提供体检当天48或72小时内核酸阴性结果（参照全市全民核酸频次和要求执行。）

**一、江南大学附属医院（南院区）地址：无锡市滨湖区和风路1000号。**

**二、交通工具引导线路：**

1、乘坐江大附院专线公交微巴3号线、江大附院专线可达。

2、乘坐200路由江南大学附属医院北院区（惠河路200号，老四院）至南院区。

3、乘坐105路、128路至震泽路（蠡湖大道）站（距医院约200米）。

4、68路、133路、157路至蠡湖大道（震泽路）站（距医院约400米）。

5、快1线至江大东门（吴都路）站（距医院约500米）可达。

6、地铁可乘坐1号线至江南大学站，出2号口往南步行可达。

7、自驾车：蠡湖大道由北向南方向请从江南大学东校门左转至吴都路，**万顺道右转从停车场东门进入**；由南往北请在和风路右转，**万顺道左转从停车场东门进入。**

1. **体检大致流程：如有疑问随时可以咨询体检中心的工作人员**

体检中心一楼入口处配合工作人员测体温，扫门铃码，出示苏康码、行程码、核酸报告、调查表——凭身份证至三楼服务台领取导检单（右上角有B超序号）——右边走廊开始抽血（右边走廊第一间）——如有碳13呼气试验建议先做（左边走廊第一间）——B超序号20号前的先等候做B超检查——胸片或CT——心电图、内科、外科、眼科等，已婚女性抽血后先做妇科检查再做妇科B超，未婚女性抽血后可以适量饮水，尿意感强烈做妇科B超，男性有前列腺B超的做完B超才能留尿，尿液标本放置卫生间门口的桌子上，体检结束餐厅领早餐，最后务必将导检单交至服务台。

**四、疫情调查表如下：**

江南大学附属医院

新型冠状病毒肺炎流行病学调查表

**（每人一张打印出来填好信息，体检当天带过来）**

姓名： 体 温： 联系电话：

日期： 身份证号:

现住址：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 是否7日内外地来（返）锡 | 否口 是口 所到城市： 抵锡时间： 月 日 | |
| 核酸检测 | 核酸检测频次： 最近一次检测时间： 月 日 时 | |
| 旅居史 | 口有境外高风险地区旅居史(14天内)  口有境内中高风险区旅居史（7天内）  口有省市卫生行政部门发布的疫情重点地区（县/区）旅居史(7天内) | 旅居史  无口 |
| 接触史 | 口有新冠病毒感染人员或病例报告社区有发热、呼吸道等症状人员接触史（7天内）  口健康码异常人员（7天内）  口有聚集性发病史（2例及以上发热或呼吸道症状病例）（7天内） | 接触史  无口 |
| 高风险岗位人员 | 口 1.跨境交通工具司乘、保洁、维修等人员。  口 2.海关、移民管理部门等其他直接接触入境人员和物品的一线人员。  口 3.口岸进口物品搬运人员和管理服务人员。  口 4.船舶引航员等登临外籍船舶作业人员。  口 5.进口冷链食品、药品（含外包装）监管和从业入员。  口 6.定点医疗机构和普通医疗机构发热门诊工作人员。  口 7.从事新冠病毒感染者及其他风险人群转运的急救及社区工作人员。  口 8.集中隔离医学观察场所工作人员。  口 9.从事风险人群核酸采样、运送及检测人员。  口10.其他经风险研判确定的高风险岗位人员。 | 高风险岗位人员  无口 |
| 十大临床症状 | 口 发热 | 十大临床症状  无口 |
| 口 干咳 口鼻塞 口流涕 口咽痛等呼吸道症状 |
| 口 腹泻等消化道症状 |
| 口 乏力 口肌痛 口结膜炎  口 嗅觉味觉减退等其他症状 |
| 新冠疫苗接种情况 | 接种了一针口 二针口 三针口 未接种口 | |

特别提醒:根据《传染病防治法》《治安管理处罚法》 等法律规定，如果您隐瞒上述情况或者拒绝配合医务人员开展调查等处置措施的，将承担相应法律责任。

承诺以上情况均属实。

患者或家属签字： 医务人员签字：

注：本调查表仅当日有效