WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

DOTYCZĄCY WIRUSA SARS-CoV-2 W CELU OCENY RYZYKA COVID-19
(Proszę wypełniać drukowanymi literami)

PROSIMY O ZAZNACZENIE ODPOWIEDZI ZGODNEJ ZE STANEM FAKTYCZNYM

	PACJENT:		OPIEKUN:	
Czy w przeciągu kilku ostatnich dni wystąpiła u Pani/Pana: -gorączka -kaszel -katar -duszności	☐ Tak ☐ Tak ☐ Tak ☐ Tak	☐ Nie ☐ Nie ☐ Nie ☐ Nie	☐ Tak ☐ Tak ☐ Tak ☐ Tak	☐ Nie ☐ Nie ☐ Nie ☐ Nie
Czy była Pani/Pan objęta kwarantanną?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Tak	☐ Nie
Czy aktualnie przebywa Pani/ Pan na kwarantannie?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Tak	☐ Nie
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 (w ciągu ostatnich 10dni)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Tak	☐ Nie
Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, która w przeciągu dwóch ostatnich tygodni podróżował/a /przebywał/a w rejonie, w którym potwierdzono utrzymującą się transmisje SARS-CoV-2?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Tak	☐ Nie
Czy pracował/a Pan/i lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Tak	☐ Nie
Czy miał/a Pan/i w ciągu ostatnich 2 tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Tak	☐ Nie
Czy podróżował/a Pan/i przeciągu ostatnich 2 tygodni w rejonie, w którym podejrzewa się utrzymującą się transmisję SARS-CoV-2?	☐ Tak	☐ Nie	☐ Tak	☐ Nie
Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę: (proszę wpisać obok)				
Temperatura ciała w dniu wizyty : (proszę pisać obok)				

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem na dzień.....

.....

(czytelny podpis pacjenta (opiekuna prawnego))