



Formularz TRIAGE

aktualizacja 14.04.2020

Ankieta wywiadu epidemiologicznego w kierunku podejrzenia infekcji koronawirusem 2019 SARS/CoV-2

Proszę wypełnić drukowanymi literami

Dane osobowe pacjenta:

Imię, nazwisko

Pesel.....

Adres zamieszkania / pobytu

Telefon kontaktowy

Adres e-mail.....

Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą telefoniczną lub elektroniczną

1. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Gorączka powyżej >38°C			
Kaszel			
Duszność			

2. Czy miał/a Pani/Pan kontakt \ osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? TAK / NIE

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od-do)

Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby)

.....
czytelny podpis pacjenta

Karta badania pielęgniarzkiego / ratownika medycznego

Pomiar temperatury..... °C

Liczba oddechów...../min

Saturacja SpO2.....%

Weryfikacja pacjenta

TAK (czysty)	wydać ulotkę informacyjną nr 2 (A1)
NIE	wdrożyć algorytm triaż w szpitalu niezakaźnym (A2, B1 lub B2)

Data godz.....

.....
(pieczętka i podpis badającego)