



Załącznik nr 1 **Aktualizacja 29.12.2020**

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

Proszę wypełnić drukowanymi literami

Dane osobowe pacjenta:

Imię, nazwisko

Pesel.....

Adres zamieszkania / pobytu

Telefon kontaktowy Adres e-mail.....

1. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin ma Pani/Pan objawy:

Gorączka powyżej >38°C	Tak	Nie
Kaszel	Tak	Nie
Duszność	Tak	Nie
Utrata smaku lub węchu	Tak	Nie
Oslabienie, bóle mięśniowe	Tak	Nie

2. Czy w okresie ostatnich 10dni miał/a Pani/ Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 lub która objęta jest izolacją domową?

Tak	Nie
-----	-----

3. Czy przebywa Pani/Pan na izolacji/kwarantannie?

Tak	Nie
-----	-----

Wyrażam zgodę na podanie danych. Oświadczam, że wszystkie powyższe dane podałem/podałam zgodnie ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/ świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 kk za podanie danych niezgodnych z prawdą.

.....
Czytelny podpis pacjenta

Karta badania pielęgniarzkiego / ratownika medycznego

Temperatura.....°C Liczba oddechów...../min SpO2.....%

Weryfikacja pacjenta

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

Złotów, dnia..... godzina.....

.....
pieczętka i podpis badającego