



## 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**

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>TAK (czysty)</b> | wydać ulotkę informacyjną nr 2 (A1)                           |
| <b>NIE</b>          | wdrożyć algorytm triaż w szpitalu niezakaźnym (A2, B1 lub B2) |

Złotów, dnia..... godzina.....

.....  
pieczętka i podpis badającego