



Ankieta epidemiologiczna pacjenta zgłaszającego się do SPSK-1 w okresie epidemii COVID -19 - dot. PORADNIE/ZAKŁADY/PRACOWNIE

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DATA WIZYTY/BADANIA

TELEFON KONTAKTOWY

PROSZĘ O ODPOWIEDZ NA PONIŻSZE PYTANIA POPRZEC ZAKRĘŚLENIE WYBRANEJ ODPOWIEDZI

1. Czy miał(a) Pan (i) kontakt z osobą z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem COVID -19 w ostatnich 14 dniach? **tak/ nie**
2. Czy powrócił/a Pan/i w czasie ostatnich 14 dni z zagranicy lub z obszarów w Polsce o zwiększonej zachorowalności na COVID -19? **tak/ nie**
3. Czy w ciągu ostatnich **24** godzin wystąpiły u Pana/i następujące objawy:
 - a. temp.>38°C, **tak/ nie**
 - b. kaszel **tak/ nie**
 - c. uczucie duszności (trudność w nabraniu powietrza) **tak/ nie**
4. Czy wykonuje Pani/Pan zawód medyczny:
 - a. Tak (lekarz; pielęgniarka; ratownik med.; inny) - proszę podkreślić,
 - b. Nie

.....
Data

.....
Podpis Pacjenta/Opiekuna prawnego

**Dziękujemy za pomoc w wypełnieniu ankiety
(ankietę przekaz personalowi medycznemu lub pozostaw w gabinecie)**