

Ankieta w kierunku zakażenia SARS- CoV-2

Imię i nazwisko:

PESEL:

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

Telefon kontaktowy pacjenta:.....

1. Czy pacjent miał wykonywane badanie diagnostyczne w kierunku wirusa SARS-CoV-2?

NIE

TAK

Jeżeli tak, to:

wynik ujemny

wynik dodatni

data pobrania

Jeżeli tak, to z jakiego powodu

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

NIE

TAK

Jeżeli tak, to kiedy?

Jeżeli tak, to z kim?

3. Czy Pan/Pani miał/a kontakt z ozdowieńcem COVID-19?

NIE

TAK

Jeżeli tak, to z kim?

4. Czy Pan/Pani poddany był/a kwarantannie?

NIE

TAK

Jeżeli tak, to od dnia do dnia

5. Czy Pan/Pani miał/a kontakt z osobami poddanymi kwarantannie?

NIE

TAK

Jeżeli tak, z kim?

Jeżeli tak, to od dnia do dnia

6. Czy w ciągu ostatnich 1-2 tygodni występowały u Pana/Pani objawy infekcji dróg oddechowych lub inne dolegliwości? (**odpowiednie zakreślić**)

	NIE	TAK	Jeżeli TAK – od kiedy
Podwyższona ciepłota ciała			
Kaszel			
Duszność			
Radiologiczne cechy zapalenia płuc			
Inne objawy chorobowe (np. biegunka, zapalenie spojówek, utrata węchu, smaku, zmiany skórne, osłabienie, ból mięśni, stawów, bóle głowy)			

7. Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał Pan/i w innych placówkach medycznych lub opieki długoterminowej (DPS, ZOL, ZPO)?

NIE **TAK**

Jeżeli tak, to gdzie?

8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przebywał Pan/i w innych placówkach medycznych lub opieki długoterminowej, w których występowały zakażenia COVID - 19?

NIE **TAK**

Jeżeli tak, to gdzie?

9. Czy Pan/ Pani w ciągu ostatnich 24 godz. przyjmował/a leki przeciwgorączkowe, przeciwzapalne?

NIE **TAK**

Jeżeli tak, to jakie

Jeżeli tak, to z jakiej przyczyny.....

Choroby współistniejące.....

.....

Przyjmowane leki.....

.....

wywiad bezpośredni

Wywiad telefoniczny

Data:

.....
Podpis/ pieczęć
osoby przeprowadzającej
wywiad epidemiologiczny

.....
Podpis pacjenta