

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI W KIERUNKU SARS- COV-2

*proszę wypełnić drukowanymi literami*

Data	
Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL	
Numer telefonu do kontaktu	

- Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą podejrzaną lub zakażoną COVID-19?  
 TAK       NIE
- Czy w ostatnim czasie podróżował(a) Pan(i) do obszaru wysokiego ryzyka występowania COVID-19 lub miał(a) Pan(i) kontakt z osobą tam przebywającą?  
 TAK       NIE
- Czy przebywa Pan(i) obecnie na kwarantannie lub izolacji?  
 TAK       NIE
- Czy u Pana (i) domowników występują objawy infekcji?  
 TAK       NIE
- Czy występują u Pana(i) objawy?       Gorączka powyżej 38°C       Kaszel       Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza  
 Utrata węchu i/lub smaku nie występująca wcześniej  
 Inne objawy wskazujące na infekcję (jakie?) \_\_\_\_\_  
 Nie

**Karta badania pielęgniarstwa/ratownika medycznego (dotyczy pacjentów zgłaszających objawy )**

Ciepłota ciała .....st. C

Liczba oddechów ...../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem SpO2 .....%

wywiad bezpośredni wywiad telefoniczny wywiad niemożliwy do przeprowadzenia .....  
Podpis i pieczęć  
osoby przeprowadzającej wywiad.....  
Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą  
Podpis pacjenta/opiekuna/innych osób ankietyowanych

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI W KIERUNKU SARS- COV-2

*proszę wypełnić drukowanymi literami*

Data	
Imię i nazwisko pacjenta	
PESEL	
Numer telefonu do kontaktu	

- Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą podejrzaną lub zakażoną COVID-19?  
 TAK       NIE
- Czy w ostatnim czasie podróżował(a) Pan(i) do obszaru wysokiego ryzyka występowania COVID-19 lub miał(a) Pan(i) kontakt z osobą tam przebywającą?  
 TAK       NIE
- Czy przebywa Pan(i) obecnie na kwarantannie lub izolacji?  
 TAK       NIE
- Czy u Pana (i) domowników występują objawy infekcji?  
 TAK       NIE
- Czy występują u Pana(i) objawy?       Gorączka powyżej 38°C       Kaszel       Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza  
 Utrata węchu i/lub smaku nie występująca wcześniej  
 Inne objawy wskazujące na infekcję (jakie?) \_\_\_\_\_  
 Nie

**Karta badania pielęgniarstwa/ratownika medycznego (dotyczy pacjentów zgłaszających objawy )**

Ciepłota ciała .....st. C

Liczba oddechów ...../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem SpO2 .....%

wywiad bezpośredni wywiad telefoniczny wywiad niemożliwy do przeprowadzenia .....  
Podpis i pieczęć  
osoby przeprowadzającej wywiad.....  
Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą  
Podpis pacjenta/opiekuna/innych osób ankietyowanych