

**FORMULARZ WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO W KIERUNKU SARS- COV-2
– PRZYJĘCIE PACJENTA DOROSŁEGO W TRYBIE PLANOWYM**

Data													
Imię i nazwisko pacjenta													
PESEL													
Numer telefonu do kontaktu													
												Tak	Nie
1. Czy występują lub występowały w ciągu ostatnich 2 tygodni u Pana/Pani następujące objawy: gorączka powyżej 38°C, kaszel, duszność – trudności z nabraniem powietrza, radiologiczne cechy zapalenia płuc lub inne objawy chorobowe (np. biegunka, zapalenie spojówek, utrata węchu, smaku, zmiany skórne, osłabienie, dreszcze, ból mięśni, stawów, bóle głowy) - <i>zaznaczyć właściwe</i>													
2. Czy Pan/ Pani w ciągu ostatnich 24 godz. przyjmował/a leki przeciwgorączkowe, przeciwzapalne? Jeżeli tak, to jakie Jeżeli tak, to z jakiej przyczyny.....													
3. Czy mieszka Pan/Pani z osobą, która aktualnie jest izolowana, na kwarantannie lub objęta nadzorem sanitarnym z powodu COVID-19													
4. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą podejrzaną lub zakażoną COVID-19													
5. Czy w ciągu ostatnich 2 tyg. miał/a Pan/Pani kontakt z osobą na kwarantannie lub objętą nadzorem sanitarnym z powodu COVID-19													
6. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał/a Pan/Pani za granicą, w kraju o aktywnej transmisji koronawirusa i nie obowiązuje Pana/Panią kwarantanna?													
7. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał/a Pan/Pani na terenie Polski o aktywnej transmisji koronawirusa?													
8. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przebywał Pan/Pani w placówkach medycznych, w szpitalu/przychodni/pracowni, DPS, ZOL, ZPO?													
9. Czy pracuje Pan/Pani w instytucjach o zwiększonym ryzyku zakażenia (szpital, DPS, żłobek, przedszkole, szkoła itp.)?													
10. Czy naruszał Pan/Pani zasady profilaktyki zakażeń COVID-19 (nie stosowanie maski, rękawiczek, dezynfekcji rąk, nie zachowywanie dystansu społecznego)?													
11. Czy jest Pan(i) ozdrowieńcem (Tak jeżeli od daty otrzymania pozytywnego wyniku testu na koronawirusa minęło nie więcej niż 6 miesięcy, jeżeli dłużej, a pacjent pa dokument potwierdzający utrzymanie się przeciwciał IgG SARS-CoV2)													
12. Czy jest Pan(i) zaszczepiona (Tak, jeżeli przyjął(ęła) Pan(i) 2 dawki i od drugiej dawki minęło 14 dni)													

badanie pielęgniarskie/ratownika medycznego (dotyczy pacjentów zgłaszających objawy)

Ciepłota ciała st. C; Liczba oddechów/min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym SO₂%

wywiad bezpośredni

wywiad telefoniczny

.....
Podpis/ pieczęć
osoby przeprowadzającej wywiad

.....
Oświadczam, że podane wyżej informacje są zgodne z prawdą
Podpis pacjenta/opiekuna/innych osób ankietowanych

Uwaga! W przypadku odp. TAK w punktach 1-10 należy poinformować lekarza dyżurnego oddziału, do którego kierowany jest pacjent. Lekarz oceni zagrożenie i zdecyduje o przyjęciu pacjenta lub przesunięciu terminu o 2 tygodnie.