

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
- Czy jest Pan(i) zaszczepiona (Tak, jeżeli przyjął(ęła) Pan(i) 2 dawki i od drugiej dawki minęło 14 dni) TAK NIE
- 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 ma dokument potwierdzający utrzymanie się przeciwciał IgG SARS-CoV2) TAK NIE

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

Ciepłota ciałast. 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
- Czy jest Pan(i) zaszczepiona (Tak, jeżeli przyjął(ęła) Pan(i) 2 dawki i od drugiej dawki minęło 14 dni) TAK NIE
- 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 ma dokument potwierdzający utrzymanie się przeciwciał IgG SARS-CoV2) TAK NIE

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

Ciepłota ciałast. 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