



## Ankieta epidemiologiczna dla pacjenta zgłaszającego się po świadczenie opieki zdrowotnej do SP ZOZ Mogilno w związku z SARS-CoV-2

Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa oraz personelu medycznego prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię i nazwisko:


PESEL:

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

Adres zamieszkania / pobytu:.....

Telefon kontaktowy: .....

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? Jeśli <b>TAK</b> , to podać przedział czasowy: od: ..... do: .....	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>
Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą na kwarantannie lub izolacji domowej? Jeśli <b>TAK</b> , to kiedy? .....	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>
Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: **(odpowiednie zakreślić „X”)**

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura >38°C			
Kaszel			
Duszność			
Zanik smaku, węchu			

.....  
Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

### **Karta badania**

Ciepłota ciała ..... °C

Liczba oddechów ...../min

Data ..... godz .....

Podpis Pielęgniarki/Położnej/Ratownika .....