

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI PACJENTA W ZAKRESIE ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

### I. DANE DOTYCZĄCE PACJENTA

DATA : \_\_ - \_\_ - \_\_\_\_ r.

IMIĘ I NAZWISKO Pacjenta: .....PESEL \_\_\_\_\_

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAWNEGO: .....

NUMER TELEFONU DO KONTAKTU: .....

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której podejrzewano/potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2?: **Tak**  **Nie**

2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która była poddawana kwarantannie?:  
**Tak**  **Nie**

3) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w innym zakładzie opieki zdrowotnej: **Tak**  **Nie** ,  
jeśli **TAK** to gdzie .....

4) Czy w ciągu ostatnich 24 godzin stosował Pan(i) leki przeciwbólowe? **Tak**  **Nie**

5) Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały u Pana(i) następujące objawy (odpowiednie zaznaczyć):

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
temperatura $\uparrow$ 38°C			
kaszel,			
duszność			
Inne (zaburzenia smaku, zaburzenia węchu, biegunka, trudności w oddychaniu, ból gardła)			

.....  
Czytelny podpis Pacjenta  
(w przypadku osoby niepełnosprawnej – opiekuna prawnego)

### II. OŚWIADCZENIE PACJENTA

Oświadczam, że powyższa część ankiety została wypełniona zgodnie z prawdą, co potwierdzam poniżej własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy(a), że podanie prawdziwych informacji jest niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa innych Pacjentów i Personelu 1 WSzK.

.....  
Czytelny podpis Pacjenta  
(w przypadku osoby niepełnosprawnej – opiekuna prawnego)

### III. POMIAR TEMPERATURY U PACJENTA/OPIEKUNA \*

Pomiar w dniu wizyty/badania specjalistycznego:

1. Temperatura ciała pacjenta .....
2. Temperatura ciała opiekuna .....

.....  
Podpis pracownika

\* wypełnia wyznaczony pracownik 1WSzK