

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: ..... nr tel: .....

e-mail: .....

1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa?  Tak  Nie  
(lista krajów publikowana codziennie na stronie [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl))

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

3) Czy ktoś z domowników w okresie ostatnich 14 dni przebywał w rejonie transmisji koronawirusa?  Tak  Nie

4) Czy w ostatnich 14 dniach miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która wróciła z kraju transmisji koronawirusa?  Tak  Nie

5) Czy występują u Pan(i) objawy:

Gorączka powyżej 38 st.  Kaszel  Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

6) Czy u kogoś z domowników występują powyższe dolegliwości?  Tak  Nie

STOSOWANE ŚRODKI PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ:

Środki ochrony indywidualnej: maseczka, gogle, rękawiczki itp.  Tak  Nie

Podstawowe zasady higieny  Tak  Nie

Preparaty dezynfekujące  Tak  Nie

Inne metody - jeśli Tak, to jakie? .....

Badania diagnostyczne w kierunku SARS Cov2?

Tak  Nie Data pobrania ..... Wynik  ujemny  dodatni

Rtg klatki piersiowej: data badania ..... Wynik .....

Czy była Pani / Pan poddany kwarantannie z powodu podejrzenia SARSCov 2?

Tak  Nie Data .....

Czy był Pan / Pani poddany izolacji / hospitalizacji / leczeniu z powodu Covid?

Tak  Nie Data .....

temperatura ciała	data	godzina	wynik

.....  
data wypełnienia

.....  
czytelny podpis pacjenta

.....  
pieczętka i czytelny podpis  
osoby zbierającej dane