

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA - COVID 19 - WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania/ pobytu:.....

Telefon kontaktowy..... E-mail.....

WYWIAD	NIE	TAK	Jeśli Tak - to od ilu dni
Czy jest Pan/i /dziecko/podopieczny lub któryś z domowników obecnie poddany/a kwarantannie/ izolacji ?			
Czy w czasie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19 ?			
Czy w czasie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą poddaną izolacji lub kwarantannie ?			
Czy w czasie ostatnich 14 dni przebywał/a Pan/i lub dziecko /podopieczny za granicą ?			
Czy w czasie ostatnich 14 dni brał/a Pan/i udział w uroczystościach (np. wesele, chrzciny, itp.)			
Czy w czasie ostatnich 14 dni przebywał/a Pan/i w szpitalu lub innej placówce zdrowotnej (np. ZOL, DPS, ZPO)			Nazwa placówki
Stan ogólny obecnie: Czy ma Pan/i	NIE	TAK	Jeśli TAK – to od ilu dni
Temperatura \geq 38 st. C			
Kaszel			
Duszność , trudności w nabraniu powietrza			
Nagłą utratę węchu, utratę/zaburzenia smaku			
Inne np. dreszcze, ból mięśni, głowy, zmęczenie, wymioty lub biegunkę *			
Czy obecnie lub w ostatnich 14 dniach występują/występowały w/w objawy u kogoś z domowników?			
Czy ostatnio stosowała Pan(i) leki przeciwgorączkowe?			

Podpis pacjenta **Data i godzina.....**

Karta badania medycznego

Ciepłota ciała st. C

Data i godzina..... **Podpis osoby przyjmującej.....**

* Właściwe podkreślić

W przypadku otrzymania odpowiedzi **TAK** na któreś z w/w pytań, powiadomić o tym fakcie lekarza odpowiedniej komórki organizacyjnej MCM.