

Ankieta pacjenta

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Imię i nazwisko:

PESEL

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

Adres zamieszkania/ pobytu.....			
Telefon kontaktowy		Adres e-mail.....	
Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą telefoniczną lub elektroniczną. Podpis Pacjenta/ data.....			
1. Czy miał/-a Pan/ Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od-do) Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby)			tak/ nie
2. Czy w ciągu 2 ostatnich tygodni przebywał/-ła Pan/ Pani lub któryś z domowników za granicą, lub/ i w powiecie objętym strefą czerwoną lub żółtą?			tak/ nie
3. Czy w ciągu 2 ostatnich tygodni brał/ -a Pan/ Pani lub któryś z domowników udział w imprezie masowej, m.in. w weselu?			tak/ nie
4. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)			
	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura > 38 st. C			
Kaszel			
Duszność			
Utrata/zaburzenia węchu i/ lub smaku			
5. Czy w ciągu 2 ostatnich tygodni występowały ww. objawy u Pan/ Pani lub u kogoś z domowników?			tak/ nie
6. Czy przyjmuje Pan/Pani obecnie leki przeciwzapalne (np. paracetamol, ibuprofen itp.)?			tak/ nie
7. Czy w ciągu 2 ostatnich tygodni był/ -a Pan/ Pani hospitalizowany/ -a?			tak/ nie
8. Czy był/ -a Pan/ Pani szczepiony/ -a przeciwko grypie? Jeśli tak, to kiedy (miesiąc/rok)			tak/ nie

Ciepłota ciała st. C

W przypadku wstąpienia ww. objawów należy dodatkowo dokonać pomiaru liczby oddechów i saturacji:

Liczba oddechów/ min.

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym SaO2%

Data

godzina

podpis/ pieczęć pielęgniarki lub ratownika