

Ankieta pacjenta

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Imię i nazwisko:			
PESEL:			
Adres zamieszkania/pobytu.....			
Telefon kontaktowy Adres mail.....			
Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą telefoniczną lub elektroniczną.			
Podpis Pacjenta/ data			
1.Czy był/-a Pani/Pan zakażony wirusem SARS-CoV-2 ? Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy izolacji od-do)			tak/ nie
2.Czy miał/-a Pani/ Pan 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
3.Czy w ciągu 2 ostatnich tygodni przebywał/ła Pan/Pani lub któryś z domowników za granicą?			tak/ nie
4. Czy w ciągu 2 ostatnich tygodni brał Pan/Pani lub któryś z domowników udział w imprezie okolicznościowej m.in. wesele/stypa/zjazd szkoleniowy?			tak/ nie
5. Czy ostatnio 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			
inne –wymień jakie?			
6. Czy w ciągu 2 ostatnich tygodni występowały ww. objawy u Pana/Pani lub u kogoś z domowników?			tak/ nie
7. Czy przyjmuje Pani/Pan obecnie leki przeciwzapalne (np. paracetamol/ ibuprofen itp.)?			tak/ nie
8. Czy w ciągu 2 ostatnich tygodni był Pan/Pani hospitalizowany?			tak/ nie
9. Czy był Pan/Pani szczepiony przeciwko grypie? Jeśli tak, to kiedy (miesiąc/rok)			tak/ nie

Ciepłota ciałast. 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/pieczętka pielęgniarki/ratownika lub innego pracownika weryfikującego dane

Aktualizacja dnia 08.12.2020 r.