

Ankieta pacjenta zgłaszającego się z powodu podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Dane osobowe:

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

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? Tak/ nie

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy [od –do]):

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura powyżej 38 st. C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duszność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Karta badania pielęgniarzkiego / ratownika medycznego (dotyczy pacjentów zgłaszających objawy)

Ciepłota ciałast. C

Liczba oddechów/min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym sO2%

Data

godzina

podpis/pieczętka pielęgniarzki/ratownika medycznego