**Ankieta dla pacjenta** ( wypełnić drukowanymi literami )

Imię i nazwisko:

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

1.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]):

2.Czy był/a Pani/Pan objęta kwarantanną z powodu podejrzenia zakażenia SARS-Cov-2 ? Tak/nie\*

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

3.Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, przebywającą w kwarantannie z powodu podejrzenia

 zakażenie SARS-CoV-2? Tak/ nie\*

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

4. Czy osoba zamieszkująca z Tobą we wspólnym gospodarstwie domowym ma objawy infekcji górnych dróg oddechowych ( katar, kaszel, gorączkę? Tak/nie\*

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

5.Czy w ostatnim czasie przebywał/a Pan/Pani w DPS lub ZOL? Tak/nie\*

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

6.Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (prawidłową odpowiedź zakreśl - x)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NIE | TAK | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
| Temperatura powyżej 37 st. C |  |  |  |
| Kaszel |  |  |  |
| Duszność |  |  |  |
| Nagła utrata węchu |  |  |  |
| Nagła utrata smaku |  |  |  |

Badanie na izbie przyjęć przed hospitalizacją – wpisuje pielęgniarka

Ciepłota ciała ………………..st. C

Ilość oddechów…………………………../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym sO2……………………….%

**Oświadczam że przestrzegam z całą sumiennością wszystkie procedury epidemiologiczne rekomendowane przez Radę Ministrów Rzeczpospolitej Polskiej.**

Data podpis pielęgniarki podpis osoby wypełniającej ankietę

\*niepotrzebne skreślić