



ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA DLA PACJENTA

.....
dane pacjenta: imię i nazwisko, PESEL

telefon kontaktowy

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2? (właściwe zakreśl znakiem X)

TAK

NIE

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

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał Pan/i za granicą ? (właściwe zakreśl znakiem X)

TAK

NIE

3. Czy w okresie 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą objętą kwarantanną? (właściwe zakreśl znakiem X)

TAK

NIE

4. Czy w okresie 14 dni miał/a Pan/i pobierany wymaz w kierunku diagnostyki zakażenia wywołanego wirusem SARS-CoV-2? (właściwe zakreśl znakiem X)

TAK, jeśli tak to kiedy ?
.....

NIE

5. Czy w ciągu ostatnich 24 godz. występowały u Pana/i następujące objawy? (właściwe zakreśl znakiem X)

temperatura min. 38⁰C

TAK

NIE

kaszel

TAK

NIE

uczucie duszności

TAK

NIE

zaburzenia smaku

TAK

NIE

zaburzenia węchu

TAK

NIE

inne, np. biegunka, ból gardła

TAK

NIE

6. Czy Pan/i przyjmował/a leki p.bólowe w ciągu ostatnich 24-godz. ?(właściwe zakreśl znakiem X)

TAK

NIE

Ja, niżej podpisany/na, oświadczam, iż podałem/-lam świadomie powyższe informacje i ponoszę odpowiedzialność za zgodność ze stanem faktycznym

data i czytelny podpis pacjenta