

ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

Dane osobowe			
Imię i Nazwisko			
Adres zamieszkania			
Pesel		Telefon	

Czy miał/a Pani/Pan kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 ? (zaznacz właściwe)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Czy obecnie jest Pani/Pan objęta/ty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną? (zaznacz właściwe)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK od kiedy początek (data)
Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temperatura powyżej 37, 5 st. C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duszność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego

.....

Pomiar temperatury wykonany w PRIAP MED gabinetu lekarskiego st. C

Podpis osoby wykonującej pomiar temperatury