

## 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 pacjenta: .....

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? .....

Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby) .....

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 pielęgniarstwa (dla pacjentów z grupy B/posiadających objawy)

Ciepłota ciała .....st. C

Liczba oddechów ...../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym sO<sub>2</sub> .....%

Data

Godzina

Podpis/pieczętka pielęgniarki

.....

.....

.....