

Ankieta

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Imię i nazwisko:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania/ pobytu:

.....

Telefon kontaktowy:

1. Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem?

Tak / nie

Jeśli tak , to kiedy ?

Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby)

.....

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa?

Tak / nie

Jeśli tak , to gdzie i kiedy ?

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

Temperatura powyżej 38 st. C tak / nie

Kaszel tak / nie

Duszność tak / nie

.....

Podpis Pacjenta/data

Karta badania (dla pacjentów z objawami)

Ciepłota ciała °C

Liczba oddechów/min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym: SaO₂%

Data:

godzina:

podpis/pieczątka