

WYWIAD EPIDEMICZNY W KIERUNKU COVID -19

DATA:

POMIAR TEMPERATURY CIAŁA:

PACJENT /OPIEKUN:

NR PESEL:

PROSZĘ O ZAZNACZENIE ZGODNIE ZE STANEM FAKTYCZNYM

1. CZY WYSTĘPUJE U PANI/PANA CO NAJMNIEJ JEDEN Z WYMIENIONYCH OBJAWÓW OSTREJ INFЕКCJI UKŁADU ODDECHOWEGO :

- GORĄCZKA
- KASZEL
- DUSZNOŚĆ

- KATAR
- UTRATA SMAKU LUB WĘCHU
- ZAPALENIE SPOJÓWEK LUB INNY STAN ZAPALNY OCZU

- BIEGUNKA LUB WYMIOTY
- INNE OBJAWY - JAKIE?.....
- CZY PRZYJMUJE PANI/PAN LEKI PRZECIWBÓLOWE , PRZECIW ZAPALNE LUB OBNIŻAJĄCE TEMPERATURĘ ?

2. CZY RÓWNOCZEŚNIE SPEŁNIA PANI/ PAN CO NAJMNIEJ JEDNO Z PONIŻSZYCH KRYTERIÓW:

- CZY W OKRESIE 14 DNI MIAŁA PANI/PAN KONTAKT Z OSOBĄ U KTÓREJ STWIERDZONO ZAKAŻENIE COVID-19
- CZY ZNAJDUJE SIĘ PANI /PAN W OKRESIE KWARANTANNY LUB W NADZORZE EPIDEMIOLOGICZNYM
- CZY W OKRESIE 14 DNI MIAŁA PANI/PAN KONTAKT Z OSOBĄ PRZEBYWAJĄCĄ NA KWARANTANNIE LUB W NADZORZE EPIDEMIOLOGICZNYM

- CZY W OKRESIE 14 DNI PRZEBYWAŁA PANI/PAN LUB POWRÓCIŁA Z OBSZARU, W KTÓRYM WYSTĘPUJE TRANSMISJA COVID-19
- JESTEM CZYNNYM ZAWODOWO PRZEDSTAWICIELEM ZAWODÓW MEDYCZNYCH, MOGĄCYM MIEĆ KONTAKT Z OSOBĄ ZAKAŻONĄ, PODCZAS WYKONYWANIA OBOWIĄZKÓW ZAWODOWYCH.

Niniejszym oświadczam, że wszystkie powyższe informacje złożyłam (-łem) zgodnie z prawdą świadomy odpowiedzialności karnej (§ 165 pkt. 1 KK lub § 161 pkt.2 KK) i odpowiedzialności odszkodowawczej z §415 kodeksu cywilnego.

Czytelny podpis: