

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZOZ W MYSZKOWIE	TRIAŻ W SZPITALU NIEZAKAŻNYM	DATA OBOWIĄZYWANIA 18.09.2020
---	---------------------------------	----------------------------------

**ANKIETA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ Z POWODU PODEJRZENIA ZAKAŻENIA
KORONAWIRUSEM SARS – CoV -2**

NAZWISKO I IMIĘ.....

PESEL.....

ADRES ZAMIESZKANIA/POBYTU.....

.....

TELEFON KONTAKTOWY.....

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 ? TAK / NIE (właściwie zakreśl kółkiem)

Jeśli tak, to kiedy data lub przedział czasowy.....

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

2. Czy w ciągu 24 godzin występowały u Pana/Pani następujące objawy (właściwie zakreśl kółkiem)

- | | | |
|---------------------------------|-----|-----|
| • TEMPERATURA > 38 o C | TAK | NIE |
| • KASZEL | TAK | NIE |
| • DUSZNOŚĆ | TAK | NIE |
| • ZABURZENIA SMAKU | TAK | NIE |
| • ZABURZENIA WĘCHU | TAK | NIE |
| • INNE np. biegunka, ból gardła | TAK | NIE |

KARTA BADANIA

Ciepłota ciała..... Liczba oddechów.....

Saturacja mierzona pulsoksymetrem SaO2.....%

DATA..... GODZINA.....

Podpis pracownika zbierającego wywiad

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna

.....

.....

Oświadczam, iż podałem/-am świadomie powyższe informacje i ponoszę odpowiedzialność za zgodność ze stanem faktycznym