

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

ANKIETA PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

PeSEL: Telefon kontaktowy:

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

TAK NIE

(Jeśli tak, to kiedy ,data lub przedział czasowy od- do).....

2. Czy w okresie 14 dni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą objętą kwarantanną?

(właściwie zakresł kółkiem)

TAK NIE

3. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały u Pana/Pani następujące objawy?

(właściwie zakresł kółkiem)

- temperatura min. 38 o C TAK NIE
- kaszel TAK NIE
- uczucie duszności TAK NIE
- zaburzenia smaku TAK NIE
- zaburzenia węchu TAK NIE
- inne, np. biegunka, ból gardła TAK NIE

4. Czy Pan/Pani przyjmował/a leki p/bólowe w ciągu ostatnich 24-godz ?

TAK NIE (właściwie zakresł kółkiem)

5. W dniu wizyty temperatura i saturacja (pomiar dokonany przez pracownika ZOZ Myszków):

Pacjentao C	SaO2
Rodzica/opiekunao C	

.....
Data i podpis pracownika zbierającego wywiad

.....
Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna

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