

Ankieta pacjenta zgłaszającego się z powodu podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Imię i nazwisko:

PESEL

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

Adres zamieszkania/ pobytu

.....

Telefon kontaktowy 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 (data lub przedział czasowy od-do)

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 > 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

Ciepłota ciałast. C

Liczba oddechów/min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym SaO₂%

Data

godzina

podpis/pieczątka pielęgniarki lub ratownika