

Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu

Załącznik nr 1
do Zarządzenia nr 81/2020

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

dotycząca PACJENTA przyjmowanego do szpitala, pacjenta poradni specjalistycznej
oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej, Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej,
Zakładu Leczniczego Usprawniania/ OSOBY TOWARZYSZĄCEJ

Dane osobowe

Imię Nazwisko:.....

PACJENT / OSOBA TOWARZYSZĄCA*
(zaznaczyć właściwe)*

Adres:.....

Telefon:.....

Czy miał Pan/Pani kontakt z osobą zakażoną SARS-COV-2?
lub osobą będącą w kwarantannie/ izolacji TAK/NIE

Czy miał Pan/Pani kontakt z osobą która wróciła z zagranicy
w ostatnich 14 dniach TAK/NIE

Czy Pan/Pani była za granicą w ciągu ostatnich 14 dni TAK/NIE

Czy w ciągu ostatnich 24 godz. Występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy (data)
Temperatura pow. 38st.C			
Kaszel			
Duszności			
Inne objawy np: -utrata węchu /smaku, -zapalenie spojówek, -ból brucha, biegunka, -wysypki skórne			

W przypadku choć jednej odpowiedzi TAK lub braku udzielenia odpowiedzi na co najmniej 1 pytanie można rozpoznać podwyższone ryzyko SARS Cov-2 i odroczyć / ustalić inny termin przyjęcia. W takim wypadku prosimy o kontakt z Oddziałem/Poradnią, ZDO, ZDL, ZLU (w przypadku os. towarzyszącej –wybór innej osoby towarzyszącej)

Data podpis pacjenta/ os. towarzyszącej

.....