



ANKIETA DLA PACJENTA: TRIAŻ W KIERUNKU COVID-19

dane pacjenta: imię i nazwisko, PESEL

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie na COVID-19 ?

TAK

NIE

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

2. Czy jest Pan/i objęty/a 14-dniową kwarantanną domową lub nadzorem epidemiologicznym ?

TAK

NIE

3. Czy w ciągu ostatnich 24 godz. występowały u Pana/i następujące objawy (odpowiednie zakreślić) ?

Jeśli TAK – od kiedy początek (data)

Temperatura min. 38°C TAK NIE

Kaszel TAK NIE

Duszność TAK NIE

Inne (zaburzenia smaku, zaburzenia węchu, biegunka, trudności w oddychaniu, ból gardła)

W dniu wizyty temperatura wynosi °C (pomiar dokonany przez pracownika ŚCZP)

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

TAK

NIE

5. Inne istotne informacje:

Ja, niżej podpisany/na, oświadczam, iż podałem/-łam świadomie powyższe informacje i ponoszę odpowiedzialność za zgodność ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta w przypadku zakażenia lub kontaktu z osobą zakażoną COVID-19, bez konieczności ujawniania charakteru relacji.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

.....
data i podpis pracownika zbierającego wywiad

