

ANKIETA PACJENTA
ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ Z POWODU PODEJRZENIA
ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

Dane osobowe:

Imię

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?

NIE

TAK → Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy [od-do]): _____

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura powyżej 38°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duszność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KARTA BADANIA PIELĘGNIARSKIEGO / RATOWNIKA MEDYCZNEGO
(dotyczy pacjentów zgłaszających objawy)

Ciepłota ciała: °C

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym

Liczba oddechów: /min

sO₂ %

Data

godzina

podpis/pieczątka pielęgniarki/ratownika medycznego