

Ankieta

Wywiad epidemiologiczny dla pacjentów przyjmowanych do oddziałów, poradni, pracowni i zakładów COPERNICUS PL Sp. z o. o. w Gdańsku

1. Wypełnia pacjent/ka lub opiekun osoby małoletniej/ubezwłasnowolnionej/niepełnosprawnej, osoba towarzysząca przy porodzie:

IMIĘ

NAZWISKO

PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

1. Czy przebywa lub przebywał/a Pan/Pani na kwarantannie lub izolacji zleconej przez sanepid?

nie

tak

okres przebywania na kwarantannie lub izolacji.....

2. Czy zostało przeprowadzone badanie w kierunku obecności SARS-CoV-2?

nie

tak

data: Wynik: + -

3. Czy miał/a Pani/Pan bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie lub izolacji z powodu COVID-19 ?

nie

tak

data:

4. Czy miał/a Pani/Pan bezpośredni kontakt z osobą, która w ciągu ostatnich 14 dni powróciła z zagranicy ?

nie

tak

data:

5. Czy występują u Pana/Pani objawy infekcji dróg oddechowych?:

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak (proszę wskazać jakie) <input type="checkbox"/> temperatura > 37,8°C <input type="checkbox"/> kaszel <input type="checkbox"/> duszność <input type="checkbox"/> katar <input type="checkbox"/> ból mięśni <input type="checkbox"/> inne _____
-------------------------------------	--

***Wypełnić tylko przed planowany porodem rodzinnym:**

6. Czy zamieszkuje Pani razem z osobą towarzyszącą w porodzie rodzinnym?

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak
-------------------------------------	-------------------------------------

Oświadczam, że zrozumiałem/am treść pytań i odpowiedziałem/am zgodnie z prawdą.

Data _____ Podpis pacjenta/opiekuna/osoby towarzyszącej _____

2. Karta badania - wypełnia pracownik COPERNICUS PL Sp. z o.o.

Ciepłota ciała	st. C
Liczba oddechów*	/min
Saturacja SaO2*	%

*o konieczności wykonania pomiaru decyduje pracownik

Data _____ godzina _____

.....

Pieczętka i podpis pracownika