Załącznik nr 1

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

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Dane osobowe:

Imię i nazwisko:

PESEL

Adres zamieszkania/ pobytu: .....

Telefon kontaktowy pacjenta: .....

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]): .....

Czy **<u>w ciągu ostatnich 24 godzin</u>** występowały następujące objawy: **(odpowiednie zakreślić)**

	NIE	**TAK**	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura powyżej 38 st. C			
Kaszel			
Duszność			

<u>Karta badania pielęgniarskiego / ratownika medycznego</u>

<u>(dotyczy pacjentów zgłaszających objawy)</u>

Ciepłota ciała .....st. C

Liczba oddechów ...../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym sO_2 .....%

Data	Godzina	Podpis/pieczątka pielęgniarki ratownika medycznego
.....	.....	.....