

## FORMULARZ WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO – PACJENT DOROSŁY DO PLANOWEGO PRZYJĘCIA

Dane pacjenta: Imię, nazwisko \_\_\_\_\_ pesel \_\_\_\_\_

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY	tak	nie
Oświadczam, że OBECNIE nie mieszkam i w ciągu 14 dni nie mieszkałem/am z osobą izolowaną albo na kwarantannie albo pod nadzorem sanitarnym z powodu COVID-19		
Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni nie miałem/am kontaktu > 15 min bez zabezpieczenia w odległości mniejszej niż 2 metry z osobą poddaną kwarantannie albo izolacji z powodu COVID-19		
Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni nie miałem/am bezpośredniego kontaktu z osobą z objawami infekcji dróg oddechowych lub biegunką		
Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni nie przebywałem/am za granicą (powrót bez kwarantanny)		
Oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni nie przebywałem/am ponad 24 godziny w szpitalu/ DPS/ZOL		
Oświadczam, że nie pracuję w warunkach zwiększonego narażenia na zakażenie - kontakt z wieloma osobami bez dystansu 2 m i bez zabezpieczeń (maska, ochrona oczu)		
Oświadczam, że przestrzegam zasad profilaktyki zakażeń w sytuacjach narażenia na kontakt z wieloma osobami bez dystansu 2 m (maska, ochrona oczu, dezynfekcja rąk)		

Jeśli na którekolwiek pytanie odpowiedź jest negatywna, należy przeprowadzić szczegółowy wywiad i ewentualnie przełożyć przyjęcie o 2 tygodnie.

Czy dziś lub w ciągu ostatnich 2 tygodni występują u Pana/Pani objawy	tak	nie
Temperatura powyżej 37,3 st. C		
Suchy kaszel		
Problemy z oddychaniem lub duszność		
Uczucie zmęczenia lub silne osłabienie		
Nietypowe bóle mięśni, stawów, bóle głowy, gardła		
Utrata węchu lub smaku		
Biegunka, wymioty		
Inne rzadkie objawy (np. wysypka, krwiotłucie, wybroczyny – wpisać jakie.....)		

Jeśli na którekolwiek pytanie odpowiedź jest pozytywna, należy przełożyć przyjęcie o 2 tygodnie.

data \_\_\_\_\_ podpis osoby wypełniającej \_\_\_\_\_