



### Ankieta kwalifikacji w kierunku COVID-19

DATA:.....

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO .....

PESEL:.....

NUMER TELEFONU .....

ADRES ZAMIESZKANIA /POBYTU.....

| Czy w ciągu ostatnich dni wystąpiła u Pana / Pani :   |   |     |
|---|---|-----|
| Gorączka  | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Kaszel  | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Katar   | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Duszności   | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy był/a Pan/ Pani objęta kwarantanną?   | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy przebywa Pan/Pani na kwarantannie lub jest w trakcie badań?   | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy miał/a Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?<br><i>(kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)</i> | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy pracował/a Pan/Pani lub przebywał/a jako odwiedzający w jednostce zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?                       | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy miał/a Pan /Pani w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?                           | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy przebywał Pan/Pani w ciągu ostatnich dwóch tygodni poza granicami Państwa. Jeżeli tak, to proszę wpisać kraj, datę pobytu oraz środek transportu.     | TAK – od .....- do .....<br><br>Kraj<br><br>Środek transportu | NIE |
| Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę ( proszę wpisać obok)  |   |     |
| Temperatura ciała w dniu wizyty (proszę wpisać obok)  |   |     |

Ciąg dalszy ankiety na następnej stronie

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:.....

PESEL:.....

| Czy w ciągu ostatnich dni u dziecka wystąpiła:  |   |     |
|---|---|-----|
| -Gorączka   | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| -Kaszel   | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| -Katar  | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| -Duszności  | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy dziecko było objęte kwarantanną?  | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy dziecko przebywa na kwarantannie lub jest w trakcie badań?  | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy dziecko miało bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?<br><i>(kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym)</i> | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy dziecko przebywało w jednostce zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2?  | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy dziecko miało w ciągu ostatnich dwóch tygodni bezpośredni kontakt z osobami mającymi objawy przeziębienia lub duszności?                            | TAK – od kiedy wpisać datę                                    | NIE |
| Czy dziecko przebywało w ciągu ostatnich dwóch tygodni poza granicami Państwa. Jeżeli tak, to proszę wpisać kraj, datę pobytu oraz środek transportu.   | TAK – od .....- do .....<br><br>Kraj<br><br>Środek transportu | NIE |
| Temperatura ciała w dniu poprzedzającym wizytę ( proszę wpisać obok)  |   |     |
| Temperatura ciała w dniu wizyty (proszę wpisać obok)  |   |     |

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z stanem na dzień wizyty. Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą elektroniczną.

.....  
DATA I CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA

**KARTA BADANIA - w przypadku skierowania pacjenta do izolatki do wypełnienia przez pielęgniarkę/ratownika**

Temperatura : .....°C

Liczba oddechów ...../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym SaO2 .....%

Data .....Godzina ..... Podpis i pieczęć pielęgniarki/ratownika

.....