**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?.......................................................................................................................................................................................

Jeśli tak, z kim? (proszę podać dane osoby)………………………………………………………………………………………………………

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

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

Choroby współistniejące………………………………………………………………………………………………...............................................

Przyjmowane leki………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Karta badania pielęgniarskiego (dla pacjentów z grupy B/posiadających objawy)**

Ciepłota ciała……………… st. C

Liczba oddechów……………..…/min

Saturacja mierzona pulsyksometrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym sO₂…………………%

Data Godzina Podpis/pieczątka pielęgniarki

…………………………….. ……………………………. …………………………………………………….