## Karta weryfikacji osoby z dodatnim wynikiem serologicznym

**zakwalifikowanej do testowania molekularnego w ramach Zachodniopomorskiego Programu Monitorowania i Prewencji Epidemii Coronawirusa SARS-CoV-2 i Choroby COVID-19**

***(Uwaga! Wypełniać drukowanymi literami)***

**Wynik testu serologicznego IgG ……………………….. IgM ………………………………….**

**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.

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 |  |  |  |

Ciepłota ciała……………… st. C

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

Data Podpis/pieczątka rejestratorki Godzina

Podpis pacjenta: ………………………………………………………………………………….