ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA** |  | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA** |  | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NUMER TEL DO KONTAKTU** |  | | | | | | | | | | |
| **E-mail** |  | | | | | | | | | | |

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono

zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub występowały objawy takie jak gorączka, rozbicie i zmęczenie, kaszel i duszności?

* TAK
* NIE

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni występowały lub występują u Pana(i) objawy?
   * Gorączka powyżej 380C
   * Kaszel
   * Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza
   * Luźne stolce oraz rozbicie, zmęczenie

# Podpis Pacjenta lub jego Opiekuna

# DATA I GODZINA:……………………………………………………

**Chory skierowany do:**

* Kwarantanny domowej z powiadomieniem PSSE **– tel. 609 794 670**
* Do Szpitala Zakaźnego lub wyznaczonego innego szpitala
* Do przyjęcia na oddział Szpitala Certus
* Do Ambulatorium/CM1/CM2/CM3/CM4/CM5 (właściwe podkreślić)

- na konsultację w gabinecie...................................................................

- do laboratorium

- do pracowni...........................................................................................

**UWAGI:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

Podpis rejestratorki Podpis lekarza

(w razie konieczności wywiadu lub konsultacji)

WDM/0567