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
	* Utrata węchu i smaku

# Podpis Pacjenta lub jego Opiekuna

# DATA I GODZINA:………………………………………………

# Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019r. poz 1239 1495 oraz z 2020r. poz. 284 i 322)
2. Ustaw a dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020r.poz 374

**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