**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 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 (data lub przedział czasowy [od –do]):

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 |  |  |  |

**Karta badania pielęgniarskiego / ratownika medycznego (dotyczy pacjentów zgłaszających objawy )**

Ciepłota ciała ………….st. C

Liczba oddechów ……………/min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym sO2 ……...%

Data godzina podpis/pieczątka pielęgniarki/ratownika medycznego