

## 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 Pan/i 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°C			
Kaszel			
Duszność			

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

Ciepłota ciała .....°C

Liczba oddechów ...../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym SO<sub>2</sub> .....%

tę część wypełnia pielęgniarka

Data

Godzina

Podpis/pieczałka pielęgniarki

.....

.....

.....