

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

Dane pacjentki:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania/ pobytu:

Telefon kontaktowy..... Mail

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych

Podpis Pacjenta/data

Wywiad :

	NIE	TAK	TAK - od ilu dni
Czy jest Pani obecnie poddana kwarantannie ?			
Czy powróciła Pani w czasie ostatnich 14 dni z zagranicy ?			
Czy miała Pani bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19 ?			
Czy miała Pani bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie ?			
Czy miała Pani bezpośredni kontakt z osobą, która w ciągu ostatnich 14 dni powróciła z zagranicy ?			

Stan ogólny obecnie:

	NIE	TAK	Jeśli TAK - od ilu dni
Temperatura >j 38 st. C			
Kaszel			
Duszność			
Bóle mięśniowe			
Inne			

Podpis Pacjenta/data/godzina.....

Karta badania medycznego

Ciepłota ciała * st. C

Podpis osoby przyjmującej /data/godzina.....

*pomiaru należy dokonać w okolicy dekoltu/górnej części mostka