

FORMULARZ ANKIETY MEDYCZNEJ W ZWIĄZKU Z MINIMALIZACJĄ RYZYKA ZAKAŻEŃ COVID-19 W

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA :.....

PESEL

Numer telefonu do kontaktu z opiekunem

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko/podopieczny/ któryś z domowników przebywał za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

Tak Nie

- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko/ inni domownicy miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

Tak Nie

- 3) Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko/inni domownicy miało kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

Tak Nie

- 4) Czy dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

Tak Nie

- 5) Czy obecnie lub w ostatnich 2 tygodniach występują/owały u dziecka lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, duszności, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

Tak Nie

- 6) Czy u dziecka występuje obecnie temperatura powyżej 37,4° C ?

Tak Nie

.....

Data czytelny podpis pacjenta/opiekuna

W RAZIE ZMIAN CHOROBYCH PROSZĘ O ZGŁOSZENIE W KAŻDYM NOWYM PRZYPADKU.