



Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej
nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu

Ankieta – pacjenci ambulatoryjni Poradni Specjalistycznych (PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI)

Dane osobowe:

Imię i nazwisko:

PESEL

Telefon kontaktowy.....

Czy w ostatnich 14 dniach był kontakt z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem COVID-19?

Tak / Nie

Czy w ostatnich 14 dniach był kontakt z osobą przebywającą w kwarantannie domowej?

Tak / Nie

Czy w ostatnich 14 dniach i/lub aktualnie występują objawy świeżej infekcji/gorączki u domowników?

Tak / Nie

Czy w ostatnich 14 dniach i/lub aktualnie występują objawy świeżej infekcji/gorączki u pacjenta?

Tak / Nie

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

Temperatura powyżej 38 st. C Tak / Nie

Kaszel Tak / Nie

Duszność Tak / Nie

Aktualny pomiar temp. ciała pacjenta:..... °C

Aktualny pomiar temp. ciała rodzica/opiekuna:..... °C

W przypadku podania nieprawdziwych informacji, jestem świadomy/-a zagrożenia życia i zdrowia swojego i innych.

Data:.....

podpis/ rodzica/opiekuna pacjenta

.....

Data:.....

podpis/ osoby zbierającej wywiad

.....