

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	WYTYCZNE W ZAKRESIE DZIAŁAŃ MAJĄCYCH NA CELU ZAPOBIEGANIE ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ ZAKAŻEŃ WYWOŁANYCH WIRUSEMSARS-CoV-2 W ŚRODOWISKU SZPITALNYM SPSK Nr 1	Strona 1 z 1
		WYDANIE IV
data obowiązywania 13.05.2021		
data obowiązywania WYDANIA I 01.06.2020		
Dział Epidemiologii	Załącznik Nr 1	

ANKIETA DLA PACJENTA – TRIAŻ W KIERUNKU ZAKAŻENIA COVID-19 WYWOŁANEGO WIRUSEM SARS-CoV-2

.....
 dane pacjenta: imię i nazwisko, PESEL

.....
 telefon kontaktowy

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID-19? (właściwie zakreśl znakiem X)

TAK

NIE

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od – do)

2. Czy w okresie 14 dni miał/a Pan/i kontakt z osobą objętą kwarantanną? (właściwie zakreśl znakiem X)

TAK

NIE

3. Czy w okresie 14 dni miał/a Pan/i pobierany wymaz w kierunku diagnostyki zakażenia COVID-19? (właściwie zakreśl znakiem X)

TAK, data badania

NIE

4. Czy w ciągu ostatnich 24 godz. występowały u Pana/i następujące objawy? (właściwie zakreśl znakiem X)

temperatura min. 38⁰C

TAK

NIE

kaszel

TAK

NIE

uczucie duszności

TAK

NIE

zaburzenia smaku

TAK

NIE

zaburzenia węchu

TAK

NIE

inne, np. biegunka, ból gardła, ból głowy

TAK

NIE

5. Czy Pan/i przyjmował/a leki p.bólowe w ciągu ostatnich 24-godz. ? (właściwie zakreśl znakiem X)

TAK

NIE

6. W dniu wizyty temperatura i saturacja (pomiar dokonany przez pracownika SPSK Nr 1):

pacjenta ⁰ C	SaO2%
rodzica/opiekuna* ⁰ C	*zaznacz właściwe lub ND (nie dotyczy)

7. Czy posiada Pan/i szczepienie w kierunku profilaktyki zakażenia COVID-19?

(właściwie zakreśl znakiem X)

TAK

NIE

Jeśli tak, data szczepienia 1 2

.....
 data i podpis pracownika zbierającego wywiad

.....
 data i czytelny podpis pacjenta / rodzica / opiekuna*

* zaznacz właściwe

*Ja, niżej podpisany/na, oświadczam, iż podałem/-łam świadomie powyższe informacje
i ponoszę odpowiedzialność za zgodność ze stanem faktycznym*