

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie	<b>WYTYCZNE W ZAKRESIE DZIAŁAŃ MAJĄCYCH NA CELU ZAPOBIEGANIE ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ ZAKAŻEŃ WYWOŁANYCH WIRUSEMSARS-CoV-2 W ŚRODOWISKU SZPITALNYM SPSK Nr 1</b>	Strona 1 z 1
		WYDANIE VI
data obowiązywania 01.02.2022		
data obowiązywania WYDANIA I 01.06.2020		
Dział Epidemiologii	<b>Załącznik Nr 1</b>	

## 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. 38 <sup>o</sup> C	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
kaszel	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
uczucie duszności	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
zaburzenia smaku	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
zaburzenia węchu	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
inne, np. biegunka, ból gardła, ból głowy	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>

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);  
 w przypadku pacjenta ambulatoryjnego należy zmierzyć saturację w sytuacji wątpliwości

pacjenta	..... <sup>o</sup> C	SaO2 .....%
rodzica/opiekuna*	..... <sup>o</sup> 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, daty szczepień .....

.....  
 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*