Załącznik nr 1 TRIAŻ W SZPITALACH NIEZAKAŹNYCH

Ankieta pacjenta zgłaszającego się z powodu podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Imię i nazwisko:

PESEL

Adres zamieszkania/ pobytu .....

.....

Telefon kontaktowy ..... Adres e- mail .....

Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą telefoniczną lub elektroniczną

Podpis Pacjenta/data .....

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? tak/ nie

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

Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby) .....

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

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura > 38 st. C			
Kaszel			
Duszność			

Karta badania

Ciepłota ciała .....st. C

Liczba oddechów ...../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym SaO2 .....%

Data godzina podpis/pieczątka pielęgniarki, ratownika...