

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

Data i godzina:

Dane personalne (pacjenta):

Imię i nazwisko

PESEL Telefon kontaktowy...../mail.....

Adres zamieszkania/ pobytu:

Przyjmuję do wiadomości, że:

- podanie danych osobowych jest obowiązkowe, co wynika z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia
- moje dane osobowe, przetwarzane są w celu realizacji usług medycznych przez Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej ul. Karowa 2 00-315 Warszawa
- administratorem moich danych osobowych jest Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej ul. Karowa 2 00-315 Warszawa
- posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, nie mam prawa do żądania usunięcia tych danych.

Podpis Pacjenta/data

Wywiad*:	NIE	TAK	Jeśli TAK - od ilu dni
Czy jest Pani/Pan obecnie poddana/y kwarantannie ?			
Czy powrócił/a Pani/Pan w czasie ostatnich 10 dni z zagranicy ?			
Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przebywał/a Pani/Pan w innych szpitalach, placówkach medycznych lub opieki długoterminowej (DPS,ZOL,ZPO)?			
Czy przestrzegał/a Pani/Pan zasady autoizolacji przez 10 dni przed planowym przybyciem do szpitala w postaci: higieny rąk, ograniczenia kontaktów, noszenia maski,			
Czy w ciągu ostatnich 10 dni miał/a Pani/Pan bezpośredni kontakt (pow. 15 minut w odległości poniżej 2m) z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19?			
Czy miał/a Pani/Pan bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie ?			
Czy występowały u Pani/Pana objawy infekcji układu oddechowego lub pokarmowego w ciągu ostatnich 10 dni?			
Czy otrzymał(a) Pani/Pan szczepienie przeciw COVID19 NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> : dawka 1.....dnia.....dawka2.....dnia.....			
Udostępniam kod QR do weryfikacji szczepienia <input type="checkbox"/> podpis pracownika			

Objawy zgłaszane obecnie*:

	NIE	TAK	Jeśli TAK - od ilu dni		NIE	TAK	Jeśli TAK - od ilu dni
Temperatura > 38°C				Biegunka, wymioty			
Kaszel				Nagła utrata węchu i smaku			
Duszność				Zapalenie spojówek			
Bóle mięśniowe, głowy, osłabienie							
Czy miał/a Pani/Pan wykonany test PCR SARS-				w dniu czy ma Pani/Pan wynik? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>			

.....
Podpis pacjenta

Karta badania medycznego (wypełnia pracownik medyczny)

Ciepłota ciała ** °C

Liczba oddechów*** /min

Ciśnienie Tętnicze *** /

Saturacja sO₂ *** %

.....
Podpis/pieczątka osoby przeprowadzającej badanie

*osoba, która składa fałszywe oświadczenie, podlega odpowiedzialności karnej na podstawie art. 165 KK

**pomiaru należy dokonać w okolicy dekoltu/górnej części mostka

***w przypadku objawów z układu oddechowego