

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI – Pracownia endoskopii**

<b>IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Adres zamieszkania (pobytu)</b>	
<b>Numer telefonu do kontaktu</b>	
<b>E-mail</b>	

1) Czy miał/a Pani/Pan bliski\* kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS CoV-2?

**Tak / Nie** Jeżeli tak, należy zadać szczegółowe pytania:

- Zamieszkiwanie z przypadkiem COVID-19 **Tak / Nie**
- Bezpośredni kontakt fizyczny z przypadkiem COVID -19 (np.: podanie ręki) **Tak / Nie**
- Bezpośredni kontakt bez zabezpieczenia z wydzielinami osoby z COVID-19 (dotykanie zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej. **Tak / Nie**
- Przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) osoby chorej, w odległości mniejszej niż 2 metry przez ponad 15 minut. **Tak / Nie**
- Przebywanie w tym samym pomieszczeniu co osoba chora w odległości mniejszej niż 2 metry przez co najmniej 15 minut (np.: w klasie, w poczekalni, w sali konferencyjnej itp.). **Tak / Nie**
- Personel medyczny lub inna osoba opiekująca się chorym z COVID-19 lub pracująca w laboratorium bezpośrednio ma kontakt z próbkami osób chorych bez odpowiedniego zabezpieczenia lub gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej. **Tak / Nie**
- Kontakt na pokładzie samolotu i innych zbiorowych środków transportu. **Tak / Nie**

2) Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą z kwarantanny **Tak / Nie**

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

.....

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

.....

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

<b>Objawy</b>	<b>NIE</b>	<b>TAK</b>	<b>Jeśli tak, od kiedy</b>
Temperatura > 38 <sup>0</sup> C			
Kaszel			
Duszność			
Utrata węchu/smaku			

Zmiany skórne			
Inne grypopodobne			

6) Czy pacjent przyjął lek przeciwgorączkowy? Jaki? Kiedy?

.....

7) Czy u pacjenta występują choroby przewlekłe, jeśli tak to jakie?

.....

Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku drogą telefoniczną lub elektroniczną.

Podpis pacjenta

.....

**Wyniki badania pacjenta:**

- Ciepłota ciała ..... st. C
- Liczba oddechów ...../ min.
- Saturacja mierzona puls oksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym SaO<sub>2</sub>.....%

Data ..... Godzina ..... Podpis/ pieczęćka Pielęgniarki/Ratownika

.....