

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI - SOR

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

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)

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

