

## Ankieta dla pacjenta COVID-19

Imię i nazwisko: .....  
PESEL: .....  
Adres: .....  
Telefon: .....

Czy w ciągu ostatnich 14 dni:

Pan/Pani/ podróżował(a/o) lub przebywał(a/o) w regionie, w którym podejrzewa się / utrzymuje się transmisja SARS-CoV-2? TAK / NIE<sup>1</sup>

Pan/Pani/dziecko<sup>2</sup> miał(a/o) bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 lub podlega kwarantannie? TAK / NIE<sup>1</sup>

Pan/Pani/dziecko<sup>2</sup> pracował(a/o) lub przebywał(a/o) jako odwiedzający w jednostce opieki zdrowotnej, w której leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2? TAK / NIE<sup>1</sup>

Czy u Pana/Pani/dziecka<sup>2</sup> występowała lub występuje:

- gorączka NIE / TAK<sup>1</sup>: .....
- kaszel NIE / TAK<sup>1</sup>: jaki? .....
- duszność NIE / TAK<sup>1</sup>: jaka? .....
- zaburzenia węchu lub smaku NIE / TAK<sup>1</sup>: .....
- inne (jakie) .....

1. Pan/Pani/dziecko<sup>2</sup> miał(a/o) kontakt z kierowcą zawodowym w transporcie międzynarodowym? TAK / NIE<sup>1</sup>

2. ....

Inne: .....

3. WSTĘPNA KWALIFIKACJA (PRETRIAGE):

- a) osoba z podejrzeniem COVID-19 bez objawów infekcji<sup>1</sup>
- b) osoba z podejrzeniem COVID-19 z objawami infekcji<sup>1</sup>
- c) osoba bez podejrzenia COVID-19<sup>1</sup>

<sup>1</sup>. Prawidłową odpowiedź zaznaczyć w kółko

<sup>2</sup>. Niepotrzebne skreślić

.....

Data

.....

Podpis Pacjenta

.....

Podpis personelu medycznego  
zbierającego wywiad