



ANKIETA KWALIFIKACYJNA PACJENTA



TELEFONICZNA ANKIETA

Imię i nazwisko pacjenta

Numer PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy

odpowiedź zaznacz „X”

TAK

NIE

	odpowiedź zaznacz „X”	TAK	NIE
1. Czy w przeciągu ostatnich 2 tygodni przebywał Pan/Pani za granicą?			
2. Czy ktoś z Państwa domowników w przeciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą?			
3. Czy Pan/Pani/ dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?			
4. Czy w ostatnich 14 dniach miał Pan/Pani kontakt z osobą poddaną kwarantannie / chorą na COVID-19?			
5. Czy obecnie występują u Pana/Pani objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, duszności, inne nietypowe)			
6. Czy obecnie lub w ostatnich 14 dniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?			
7. Oświadczam, że do uzyskania informacji o wyniku przeprowadzonego badania dotyczącego zakażenia koronawirusem będę utrzymywać zasady dystansu społecznego.			
8. Czy wystąpiło zachorowanie na Covid-19? (data zachorowania			
9. Szczepienie przeciwko Covid-19? (data szczepienia			

W przypadku odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek pytanie skonsultuj postępowanie wobec pacjenta.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

Oświadczam, że w zostałem/-am poinformowany/-a o potencjalnym ryzyku zakażenia koronawirusem SARS-Cov-2 wynikającym z podejmowanych wobec mnie czynności medycznych w trakcie niezbędnej diagnostyki, hospitalizacji i leczenia. Jednocześnie potwierdzam, że w związku z rozpoznaniem u mnie choroby nowotworowej/chorobami współistniejącymi, poinformowano mnie o zwiększonym ryzyku zakażenia lub cięższym przebiegiem i powikłaniach wywołanych koronawirusem SARS-CoV-2.

Oświadczam również, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji, co do mojego stanu zdrowia, a o wszelkich zmianach zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić lekarza prowadzącego.

Data przeprowadzenia telefonicznej ankiety:.....

Imię i nazwisko oraz czytelny podpis
osoby przeprowadzającej ankietę

Data badania pacjenta:.....

Czytelny podpis pacjenta/opiekuna



ANKIETA KWALIFIKACYJNA PACJENTA

Imię i nazwisko pacjenta

Numer PESEL

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy *e-mail.....

odpowieź zaznacz „X”

TAK

NIE

	TAK	NIE
1. Czy w przeciągu ostatnich 2 tygodni przebywał Pan/Pani za granicą?		
2. Czy ktoś z Państwa domowników w przeciągu ostatnich 2 tygodni przebywał za granicą?		
3. Czy Pan/Pani/ dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?		
4. Czy w ostatnich 14 dniach miał Pan/Pani kontakt z osobą poddaną kwarantannie / chorą na COVID-19?		
5. Czy obecnie występują u Pana/Pani objawy infekcji? (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, duszności, inne nietypowe)		
6. Czy obecnie lub w ostatnich 14 dniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?		
7. Oświadczam, że do uzyskania informacji o wyniku przeprowadzonego badania dotyczącego zakażenia koronawirusem będę utrzymywać zasady dystansu społecznego.		
8. Czy wystąpiło zachorowanie na Covid-19? (data zachorowania		
9. Szczepienie przeciwko Covid-19? (data szczepienia		

W przypadku odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek pytanie skonsultuj postępowanie wobec pacjenta.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.

Oświadczam, że w zostałem/-am poinformowany/-a o potencjalnym ryzyku zakażenia koronawirusem SARS-Cov-2 wynikającym z podejmowanych wobec mnie czynności medycznych w trakcie niezbędnej diagnostyki, hospitalizacji i leczenia. Jednocześnie potwierdzam, że w związku z rozpoznaną u mnie chorobą nowotworową/chorobami współistniejącymi, poinformowano mnie o zwiększonym ryzyku zakażenia lub cięższym przebiegiem i powikłaniach wywołanych koronawirusem SARS-CoV-2.

Oświadczam również, że udzieliłem/-am wyczerpujących i prawdziwych informacji, co do mojego stanu zdrowia, a o wszelkich zmianach zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić lekarza prowadzącego.

***W przypadku wykonania badania molekularnego PCR wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą telefoniczną lub elektroniczną.**

Karta badania pielęgniarstwa

Ciepłota ciałast. C

Liczba oddechów/min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym sO₂%.

Data

.....
podpis, pieczęćka pielęgniarki.....
czytelny podpis pacjenta / opiekuna