

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA PRZY PRZYJĘCIU DO OŚRODKA LECZNICZO-  
REHABILITACYJNEGO "BUCZE" W GÓRKACH WIELKICH

Proszę wypełniać literami drukowanymi!

**Dane pacjenta (dziecka)**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania/pobytu .....

Pesel .....

**Dane opiekuna**

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania/ pobytu.....

Pesel .....

Telefon kontaktowy ..... Mail .....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych. Oświadczam, że podane informacje są prawdziwe i zdaję sobie sprawę z konsekwencji prawnych podania nieprawdziwych informacji

Czytelny podpis opiekuna..... Data i godzina.....

**WYWIAD**

	NIE	TAK	Jeśli TAK- od kiedy
Czy jest Pani/Pan i/lub dziecko obecnie poddana kwarantannie?			
Czy jest Pani/Pan i/lub dziecko obecnie poddana nadzorowi sanitarnemu?			
Czy powróciła Pani/Pan i/lub dziecko w czasie ostatnich 14 dni z zagranicy?			
Czy miała Pani/Pan i/lub dziecko bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19?			
Czy miała Pani/Pan i/lub dziecko bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie lub izolacji z powodu COVID 19?			
Czy miała Pani/Pan i lub dziecko bezpośredni kontakt z osobą, która w ciągu ostatnich dni powróciła z zagranicy?			

Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK kiedy? (data wystąpienia objawów)?
Temperatura powyżej 38°C			
Kaszel			
Duszność			
Bóle mięśniowe, bóle głowy			
Inne (biegunka, wymioty, utrata węchu, smaku, zapalenie spojówek)			

Czy w ciągu ostatnich 14 dni u Pani/Pana i/lub innych osób zamieszkujących wspólnie z dzieckiem występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK kiedy? (data wystąpienia objawów)?
Temperatura powyżej 38°C			
Kaszel			
Duszność			
Bóle mięśniowe, bóle głowy			
Inne (biegunka, wymioty, utrata węchu, smaku, zapalenie spojówek)			

KARTA BADANIA (wypełnia pielęgniarka)

Pacjent (dziecko)- imię i nazwisko: .....

Temperatura ciała .....st. C

Liczba oddechów ...../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym SaO<sub>2</sub> .....%

Tętno ...../min

Opiekun: - imię i nazwisko: .....

Temperatura ciała .....st. C

Liczba oddechów ...../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym SaO<sub>2</sub> .....%

Tętno ...../min

Data ..... godzina.....

Podpis i pieczęć pielęgniarki.....