

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

Dane osoby towarzyszącej w porodzie:

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania/ pobytu:

Telefon kontaktowy Mail

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych

Podpis /data

Wywiad :	NIE	TAK	Jeśli TAK - od ilu dni
Czy jest Pan/i obecnie poddany/a izolacji/kwarantannie ?			
Czy w czasie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?			

Stan ogólny obecnie:	NIE	TAK	Jeśli TAK - od ilu dni
Temperatura > 38 st. C			
Kaszel			
Duszność			
Nagła utrata węchu, smaku lub zaburzenia smaku			
Inne			

Informacja o szczepieniu przeciw COVID-19	NIE	TAK	Jeśli TAK		
			liczba dawek	daty szczepienia	nazwa szczepionki
Czy jest Pan/i zaszczepiony/a przeciw COVID-19					

Informacja o przechorowaniu COVID-19	NIE	TAK	Jeśli TAK
			data zakończenia izolacji
Czy Pan/i przechorował/a COVID-19			

Podpis /data/godzina

Karta badania medycznego

Ciepłota ciała* st. C

Podpis osoby przyjmującej /data/godzina

*pomiaru należy dokonać w okolicy dekoltu/górnej części mostka