**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 kwarantannie ? |  |  |  |
| Czy w czasie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19 ? |  |  |  |
| Czy w czasie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą poddaną izolacji lub kwarantannie ? |  |  |  |

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

**Podpis /data/godzina**................................................................

**Karta badania medycznego**

Ciepłota ciała \* st. C

**Podpis osoby przyjmującej /data/godzina**................................................................

\*pomiaru należy dokonać w okolicy dekoltu/górnej części mostka