

Wytyczne dla funkcjonowania uzdrowisk w trakcie epidemii COVID-19 w Polsce

Załącznik nr 1: ANKIETA WERYFIKACJI STANU ZDROWOTNEGO I EPIDEMIOLOGICZNEGO OSOBY KORZYSTAJĄCEJ ZE ŚWIADCZEŃ W UZDROWISKU

ANKIETA KWALIFIKACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ	
PODMIOT LECZNICZY	
ZAKŁAD LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO	
ODDZIAŁ	
IMIĘ, NAZWISKO PACJENTA	
PESEL	
TELEFON KONTAKTOWY	
PLANOWANA DATA ROZPOCZĘCIA TURNUSU:	ZAPROPONOWANA GODZINA PRZYJĘCIA NA LECZENIE:

1. ANKIETA DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2	
Czy jest Pan/Pani lub był/ była zarażony/a koronawirusem SARS-CoV-2?	TAK / NIE Kiedy?.....
Czy Pan/Pani był/a szczepiony/a przeciw COVID-19?	TAK / NIE 1 dawka / kiedy?..... 2 dawka / kiedy?.....
Czy i kiedy miał/a Pan/Pani robiony TEST diagnostyczny w kierunku SARS-CoV-2? Jaki jest wynik testu?	TAK / NIE Kiedy?..... Rodzaj: RT-PCR / ANTYGENOWY Wynik: NEGATYWNY / POZYTYWNY
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał/a Pan / Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?	TAK / NIE Kiedy?..... Gdzie?.....
Czy u Pana/Pani występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu, inne dolegliwości (np. bóle mięśni, bóle gardła, biegunka, wymioty, wysypka, zapalenie spojówek, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?	gorączka: TAK/NIE, kaszel: TAK/NIE, duszność: TAK/NIE, trudności w oddychaniu: TAK/NIE, inne dolegliwości – TAK/NIE Jakie:..... Kiedy?.....
Czy u któregoś z Pana/Pani domowników występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu lub inne ww. dolegliwości?	TAK/NIE Jakie: Kiedy?.....
Czy Pan/Pani lub ktoś z domowników jest obecnie objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym albo poddany izolacji?	TAK / NIE Kto?..... Od kiedy?.....
data, podpis osoby zbierającej wywiad	

2. WERYFIKACJA EPIDEMIOLOGICZNA W TRAKCIE PRZYJĘCIA PACJENTA DO UZDROWISKA			
DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA LECZENIA	DATA:	GODZINA:	TEMPERATURA CIAŁA (°C):
WYNIK TESTU RT-PCR	DATA:	DODATNI (POZYTYWNY) / UJEMNY (NEGATYWNY)	
WYNIK TESTU ANTYGENOWEGO	DATA:	DODATNI (POZYTYWNY) / UJEMNY (NEGATYWNY)	
Oświadczam, że powyższe informacje są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. Zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem SARS-CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem chory/a – również na odpowiedzialność karną.			TAK / NIE
data, podpis pacjenta			