**FORMULARZ OCENY RYZYKA ZARAŻENIA KORONAWIRUSEM**   **SARS-Cov-2 WYWOŁUJĄCEGO CHOROBĘ COVID-19**

**IMIĘ I NAZWISKO:……………………………………………………………………………………………………………………………………**..

**PESEL:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**TELEFON KONTAKTOWY:** …………………………………………………………………………………………………………………………...

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź

**1. Czy w ostatnich 14 dniach wystąpiły/występują u Pana/Pani lub dziecka następujące objawy:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **OSOBA WYPEŁNIAJĄCA** | **DATA WYSTĄPIENIA OBJAWÓW** | **DZIECKO** | **DATA WYSTĄPIENIA OBJAWÓW** | **DOMOWNICY** | **DATA WYSTĄPIENIA OBJAWÓW** |
| **TEMPERATURA POWYŻEJ 37\*** | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  |
| **BIEGUNKA** | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  |
| **NUDNOŚCI, WYMIOTY** | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  |
| **ZABURZENIA WĘCHU I SMAKU** | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  |
| **KASZEL** | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  |
| **DUSZNOŚĆ, TRUDNOŚCI Z ODDYCHANIEM** | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  |
| **BÓLE MIĘŚNI  I STAWÓW** | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  |
| **OSŁABIENIE, ZMĘCZENIE** | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  |
| **WYSYPKA** | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  | TAK / NIE |  |

**2. Wywiad epidemiologiczny:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **OSOBA WYPEŁNIAJĄCA** | **DZIECKO** | **DOMOWNIK** |
| **Czy w ostatnich 14 dniach Pan/Pani, dziecko lub ktoś z domowników miał kontakt z osobą chorą na Covid-19?** | TAK / NIE | TAK / NIE | TAK / NIE |
| **Czy w ostatnich 14 dniach Pan/Pani, dziecko lub ktoś z domowników miał kontakt z osobą podejrzaną o zakażenie koronawirusem?** | TAK / NIE | TAK / NIE | TAK / NIE |
| **Czy w ostatnich 14 dniach Pan/Pani, dziecko lub ktoś z domowników miał kontakt z osobą przebywającą na kwarantannie?** | TAK / NIE | TAK / NIE | TAK / NIE |
| **Czy Pan/Pani, dziecko lub ktoś  z domowników przebywa na kwarantannie?** | TAK / NIE | TAK / NIE | TAK / NIE |

Data wypełnienia formularza: Podpis osoby wypełniającej:

……………………. ………………………

**Wypełnij formularz zgodnie z prawdą! Od Twojej szczerości zależy   
to, czy personel medyczny będzie leczyć, czy też będzie czekać   
w kwarantannie na wyniki testów, pozbawiając pomocy pacjentów   
jej potrzebujących.**