



ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Data	
Imię i nazwisko Pacjenta	
PESEL	
Nr telefonu do kontaktu	
E-mail	

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni: **przebywał(a) Pan(i)** lub / dziecko/podopieczny/któryś z domowników za granicami Polski

TAK NIE

miał (a) Pani kontakt z osobą, która przebywała za granicami Polski?

TAK NIE

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) **bliski kontakt** z osobą, u której **potwierdzono** zakażenie wirusem SARS CoV-2?

TAK NIE

3. Czy Pan(i) lub Pana(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników **jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym, kwarantanną, izolacją lub przebywa w szpitalu z powodu podejrzenia / rozpoznania zakażenia COVID-19 ?**

TAK NIE

4. Czy **obecnie** występują u Pana/Pani objawy:

Gorączka	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Utrata smaku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kaszel	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Biegunka/wymioty	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Duszność	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Bóle mięśni/dreszcze	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Utrata węchu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Ból głowy/zmęczenie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

5. Czy obecnie lub w ostatnich 14 dniach występują / występowały ww. objawy u kogoś z domowników?

TAK NIE

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory – również odpowiedzialność karną.

.....
Autoryzacja osoby zbierającej dane

.....
Podpis Pacjenta



ANKIETA AKTUALIZACYJNA

Data	
Imię i nazwisko Pacjenta	
PESEL	
Nr telefonu do kontaktu	
E-mail	

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni: **przebywał(a) Pan(i)** lub / dziecko/podopieczny/któryś z domowników za granicami Polski

TAK NIE

miał (a) Pani kontakt z osobą, która przebywała za granicami Polski?

TAK NIE

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) **bliski kontakt** z osobą, u której **potwierdzono** zakażenie wirusem SARS CoV-2?

TAK NIE

3. Czy Pan(i) lub Pana(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników **jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym, kwarantanną, izolacją lub przebywa w szpitalu z powodu podejrzenia / rozpoznania zakażenia COVID-19?**

TAK NIE

4. Czy **obecnie** występują u Pana/Pani objawy:

Gorączka	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Utrata smaku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kaszel	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Biegunka/wymioty	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Duszność	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Bóle mięśni/dreszcze	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Utrata węchu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Ból głowy/zmęczenie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

5. Czy obecnie lub w ostatnich 14 dniach występują / występowały ww. objawy u kogoś z domowników?

TAK NIE

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory – również odpowiedzialność karną.

.....
Autoryzacja osoby zbierającej dane

.....
Podpis Pacjenta

1) Jako **bliski kontakt** należy rozumieć:

- przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą, w odległości mniejszej niż 2 m przez ponad 15 minut,
- bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem COVID-19 (np. podanie ręki),
- bezpośredni kontakt bez środków ochronnych z wydzielinami osoby z COVID-19 (np. dotykanie zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej),
- przebywanie w tym samym pomieszczeniu co chory z COVID-19 przez co najmniej 15 minut (np. w mieszkaniu, w klasie, poczekalni szpitala/przychodni, sali konferencyjnej),
- kontakt na pokładzie samolotu lub innych środków transportu zbiorowego obejmujący
 - a. osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19;
 - b. osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę nad osobą z COVID-19, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory.

Uwaga: W przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu, w której ta osoba przebywała, a w przypadku jej przemieszczania się po środku transportu na całym jego pokładzie.

- personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia lub w przypadku gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej lub w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowego zastosowania
- 2) przebywała (jako pensjonariusz) lub była członkiem personelu w placówce opiekuńczej/opieki długoterminowej, w której potwierdzono transmisję COVID-19 .

1) Jako **bliski kontakt** należy rozumieć:

- przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą, w odległości mniejszej niż 2 m przez ponad 15 minut,
- bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem COVID-19 (np. podanie ręki),
- bezpośredni kontakt bez środków ochronnych z wydzielinami osoby z COVID-19 (np. dotykanie zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej),
- przebywanie w tym samym pomieszczeniu co chory z COVID-19 przez co najmniej 15 minut (np. w mieszkaniu, w klasie, poczekalni szpitala/przychodni, sali konferencyjnej),
- kontakt na pokładzie samolotu lub innych środków transportu zbiorowego obejmujący
 - a. osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19;
 - b. osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę nad osobą z COVID-19, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory.

Uwaga: W przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu, w której ta osoba przebywała, a w przypadku jej przemieszczania się po środku transportu na całym jego pokładzie.

- personel medyczny lub inna osoba bezpośrednio opiekująca się chorym z COVID-19 lub osoba pracująca w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia lub w przypadku gdy doszło do uszkodzenia stosowanych środków ochrony osobistej lub w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowego zastosowania
- 2) przebywała (jako pensjonariusz) lub była członkiem personelu w placówce opiekuńczej/opieki długoterminowej, w której potwierdzono transmisję COVID-19 .