



**Formularz oceny ryzyka zakażenia
wirusem SARS-CoV-2**

Data:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu do kontaktu:

PESEL:.....

Czy występują u Pani/Pana następujące objawy?

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| gorączka | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| kaszel | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| trudności z oddychaniem/duszność | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Zaburzenia węchu i/lub smaku | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Inne objawy ze strony układu oddechowego (jakie?):

.....

Data wystąpienia objawów:

Czy w aktualnym sezonie grypy Pani/Pan szczepił/-a się przeciw grypie? TAK NIE

Czy choruje Pani/Pan na choroby przewlekłe? TAK NIE

Jeśli TAK, proszę wymienić te choroby:

Czy Pani/Pan szczepił/-a się przeciw COVID -19? TAK I dawka TAK II dawki TAK III dawki
 NIE

Czy miał pan dodatni wynik w kierunku SARS-CoV w ciągu ostatnich 3 miesięcy TAK NIE

Ocena ryzyka zakażenia nowym koronawirusem (dotyczy ostatnich 14 dni)

(proszę wypełnić bez względu na objawy)

Pobyt poza granicami kraju w ciągu ostatnich 14 dni:

TAK NIE

Podaj nazwę kraju i miejscowości:

Czas pobytu:

Od.....do.....

Czy miałeś kontakt z:

- osobą zakażoną lub podejrzaną o zakażenie SARS-CoV-2
- osobą, która w ostatnim czasie przebywała za granicą; proszę podać gdzie przebywała osoba, z którą był kontakt:.....i kiedy wróciła.....
- jesteś pracownikiem opieki zdrowotnej, pracującym w środowisku, w którym występują ciężkie, ostre infekcje dróg oddechowych z nieznaną etiologią
- nie miałam/-em takiego kontaktu

W przypadku kontaktu z osobą zakażoną, podejrzaną o zakażenie lub przebywającą poza granicami kraju podaj rodzaj kontaktu:

- dłuższy niż 15 minut kontakt „twarzą w twarz” (odległość <2 metrów)
- wspólne mieszkanie
- dzielenie wspólnej kuchni lub łazienki
- wspólna podróż
- przebywanie w pomieszczeniu dłużej niż 2 godz.
- przebywanie w pomieszczeniu krócej niż 2 godz.
- w przypadku personelu medycznego prosimy na odwrocie formularza opisać wykonywane procedury u pacjenta z podejrzeniem zakażenia i jakie były stosowane środki ochrony indywidualnej

PODPIS