

**Ankieta pacjenta zgłaszającego się do przychodni**  
**Weryfikacja oceny ryzyka zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2**

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko: .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

1. Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?

Tak/Nie

2. Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy [od –do]): .....

Czy **w ciągu ostatnich 48 godzin** występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura powyżej 37 st. C			
Kaszel			
Duszność			
Bóle mięśniowo-stawowe lub inne objawy infekcji			
Nagła utrata węchu i smaku			
Ostre objawy biegunkowe			

Podpis Pacjenta/data .....

Ciepłota ciała .....st. C

**Karta badania pielęgniarzkiego / ratownika medycznego (dotyczy pacjentów zgłaszających objawy)**

Ciepłota ciała .....st. C

Liczba oddechów ...../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym SO<sub>2</sub> .....%

.....  
Data                      godzina                      podpis/pieczętka pielęgniarki/ratownika medycznego

# Ankieta pacjenta zgłaszającego się do przychodni

## Weryfikacja oceny ryzyka zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2

### Opis ryzyka:

Podczas przebywania w szpitalu / poradni/ pracowni, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-Cov-2.

Zakażenie COVID 19 u większości chorych ma łagodny przebieg, jednak ryzyko nasilenia choroby i ciężkości przebiegu wzrasta wraz z wiekiem i ilością chorób współistniejących typu: przewlekłe choroby układu oddechowego, zaburzenia odporności, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby sercowo-naczyniowe, choroby nowotworowe, otyłość i inne. W przypadkach ciężkiego przebiegu zakażenia COVID-19 powikłaniem może być nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon. Istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby ( w tym rodzinę pacjenta).

Jeśli zdecydował/a Pan/Pani na skorzystanie ze świadczenia medycznego należy bezwzględnie pamiętać o ZACHOWANIU WSZELKICH ŚRODKÓW PREWENCJI ZAKAŻENIA. Jeśli istnieje taka potrzeba personel udzieli Panu/Pani niezbędnych informacji.

### **Oświadczam, że w pełni akceptuję powyższe ryzyko zakażenia i ryzyko powikłań COVID-19:**

1. Jestem świadomy/a, iż świadczenie zdrowotne udzielane jest mi w okresie obowiązywania stanu epidemii wprowadzonego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, który został ogłoszony Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U.2020.491).
2. Zostałem/am poinformowany/a o ryzyku związanym z możliwością zakażenia siebie i swojej rodziny wirusem SARS-CoV-2 w związku z realizacją świadczenia zdrowotnego w warunkach epidemii.

### **Akceptuję ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i wyrażam świadomą zgodę**

konsultację / rehabilitację / leczenie stomatologiczne / badanie diagnostyczne

(właściwie zakreślić)

3. Podpis składam dobrowolnie.

.....  
data i czytelny podpis pacjenta/ przedstawiciela ustawowego