**ANKIETA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ DO SZPITALA POWIATOWEGO im. JANA PAWŁA II W BARTOSZYCACH**

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

**Dane osobowe**

Imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Telefon kontaktowy pacjenta ………………………………………………………….

Adres e-mail…………………………………………………………………………………….

Podpis Pacjenta/data……………………………………………………………………….

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-COV-2 **TAK**/**NIE**

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy [od -do]): …………………………………………

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednią kolumnę wypełnić)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NIE** | **TAK** | JEŚLI tak – od kiedy początek (data) |
| Temperatura powyżej 38 st. C |  |  |  |
| Kaszel |  |  |  |
| Duszność |  |  |  |

**WYPEŁNIA PRACOWNIK SZPITALA:**

Karta badania pielęgniarskiego / ratownika medycznego

( DOTYCZY PACJENTÓW ZGŁASZAJĄCYCH OBJAWY)

Ciepłota ciała………………………………………………………..st. C

Liczba oddechów …………………………………………………./min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym sO2…………………….%

Data……………………….. Godzina…………………….. Podpis i pieczątka pielęgniarki/ratownika medycznego

 …………………………………………………