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 <u>w ciągu ostatnich 24 godzin</u> występowały następujące objawy: (odpowiednią kolumnę wypełnić)

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

<u>WYPEŁNIA PRACOWNIK SZPITALA:</u>

<u>Karta badania pielęgniarskiego / ratownika medycznego</u>

<u>(DOTYCZY PACJENTÓW ZGŁASZAJĄCYCH OBJAWY)</u>

<u>Ciepłota ciała……..st. C</u>

<u>Liczba oddechów ……/min</u>

<u>Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym sO2……%</u>

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

……