

Wywiad epidemiologiczny dla opiekuna dziecka i pacjenta w związku z zagrożeniem koronawirusem Sars-CoV-2

Rzetelne i zgodne z prawdą wypełnienie poniższego wywiadu epidemiologicznego jest kluczowe dla zdrowia i bezpieczeństwa pracowników Fundacji i rodzin, którym pomagamy.

Udzielenie odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek z pytań 1-5 uniemożliwia kwalifikację do zapisu na badania USG.

Część A. Dotyczy Rodzica/Opiekuna towarzyszącego dziecku podczas badania w Ambulansie.

Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna :

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

Czy w ciągu ostatnich 14 dni:	TAK	NIE
1. Miałeś/eś lub masz obecnie którykolwiek z poniższych objawów? <ul style="list-style-type: none"> • podwyższoną temperaturę – 37,5°C lub wyższą, • kaszel, • ból gardła, • ból zatok, • duszność, • utratę węchu o nagłym początku, • utratę lub zaburzenie smaku o nagłym początku, • inne objawy grypopodobne, mniej specyficzne takie jak: bóle głowy, mięśni, zmęczenie, dreszcze, nudności, wymioty lub biegunka? 		
2. Miałeś/eś bliski kontakt* z osobą, u której zdiagnozowano chorobę COVID-19? <small>* Bliski kontakt definiuje się jako przebywanie w odległości 2m przez 15 minut lub dłużej; zamieszkanie w tym samym gospodarstwie domowym; bezpośredni kontakt bez środków ochrony osobistej z wydzielinami osoby z COVID-19 (narażenie na kaszel, kichnięcie, dotykание użytej chusteczki itp.), kontakt na pokładzie samolotu lub innego środka komunikacji zbiorowej.</small>		
3. Zostałeś/eś poinformowany przez pracownika służby zdrowia lub urzędnika Sanepidu, że zostałeś/eś objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym?		
4. Zdiagnozowano u Ciebie COVID-19?		
5. Wróciłeś z podróży zagranicznej w rejony o wysokiej transmisji wirusa?		

Data, czytelny podpis Rodzica/Opiekuna

Prosimy! ♥

Ambulanse wspierają rodziny bezpłatnie, może im pomóc Twój 1%



| KRS 0000 105450

Część B. Dotyczy dziecka, wywiad epidemiologiczny wypełnia Rodzic/Opiekun.

Imię i nazwisko Dziecka:

Adres zamieszkania:

Imię i nazwisko osoby wypełniającej wywiad:

Czy w ciągu ostatnich 14 dni:	TAK	NIE
1. U dziecka wystąpił lub obecnie występuje którykolwiek z poniższych objawów? <ul style="list-style-type: none">● podwyższoną temperaturę – 37,5°C lub wyższą,● kaszel,● ból gardła,● ból zatok,● duszność,● utratę węchu o nagłym początku,● utratę lub zaburzenie smaku o nagłym początku● inne objawy grypopodobne, mniej specyficzne takie jak: bóle głowy, mięśni, zmęczenie, dreszcze, nudności, wymioty lub biegunka?		
2. Dziecko miało bliski kontakt* z osobą, u której zdiagnozowano chorobę COVID-19? <small>* Bliski kontakt definiuje się jako przebywanie w odległości 2m przez 15 minut lub dłużej; zamieszkanie w tym samym gospodarstwie domowym; bezpośredni kontakt bez środków ochrony osobistej z wydzielinami osoby z COVID-19 (narażenie na kaszel, kichnięcie, dotykanie zużytej chusteczki itp.), kontakt na pokładzie samolotu lub innego środka komunikacji zbiorowej.</small>		
3. Zostałaś/eś poinformowany przez pracownika służby zdrowia lub urzędnika Sanepidu, że dziecko zostało objęte kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym?		
4. Zdiagnozowano u dziecka COVID-19?		
5. Dziecko wróciło z podróży zagranicznej w rejony o wysokiej transmisji wirusa?		

Data, czytelny podpis Rodzica/opiekuna

Warszawa, edycja 31-03-2021

Prosimy!♥

Ambulanse wspierają rodziny bezpłatnie, może im pomóc Twój 1%



| KRS 0000 105450