Zał. Nr. 3

**ANKIETA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO DLA RODZICA / OPIEKUNA DZIECKA HOSPITALIZOWANEGO W SP ZOZ W ŚWIDNIKU**

Imię i nazwisko:

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

PESEL

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

Telefon kontaktowy: ………………………………………………………………………………………

Status uodpornienia (odpowiednie zakreślić):

Osoba po pełnym cyklu szczepienia przeciwko COVID – 19: TAK / NIE

Osoba po przechorowaniu COVID – 19 (do 180 dni od przechorowania): TAK / NIE

Czy w okresie ostatnich 10 dni 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)? ……………………………………………

Jeśli tak to z kim (proszę podać dane osoby)? …………………………………………………

Czy w okresie ostatnich 10 dni miał/a Pani/Pan kontakt z osobą poddaną izolacji / kwarantannie? TAK / NIE

Jeśli tak to kiedy (data lub przedział czasowy od-do)? ……………………………………………

Jeśli tak to z kim (proszę podać dane osoby)? …………………………………………………

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NIE** | **TAK** | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
| Temperatura powyżej 38°C |  |  |  |
| Kaszel |  |  |  |
| Duszność |  |  |  |
| Nagła utrata węchu |  |  |  |
| Nagła utrata smaku |  |  |  |

Potwierdzam prawdziwość podanych odpowiedzi.

Jestem świadomy , że zatajenie istotnych informacji związanych z wirusem SARS – Co – 2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną, a w przypadku , gdy okaże się ,że jestem chory – również na odpowiedzialność karną.

data: ………………

……………………………………………..

 czytelny podpis rodzica / opiekuna dziecka