

Ankieta wstępnej kwalifikacji dziecka w czasie pandemii COVID-19-TRIAGE **Poradnie specjalistyczne IPCZD** (v. 25.10.2021)

Imię i nazwisko pacjenta:																								
Data urodzenia:			/			/				r.	PESEL													
	dzień		miesiąc						rok															

Informacje dotyczące PACJENTA

1. Czy u dziecka w ciągu ostatnich 14 dni występowały następujące objawy COVID-19:

Temperatura powyżej 38 st. C	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Kaszel (ostry, który pojawił się w ciągu ostatnich 2 tyg.)	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Uczucie duszności - problemy z oddychaniem	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Utrata węchu	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Utrata lub zaburzenie smaku	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

TAK

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

NIE

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

3. Czy u dziecka minęło min. 14 dni od zakończenia pełnego cyklu szczepienia przeciwko SARS-CoV-2?

TAK

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

NIE

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego		Podpis, data:	
Podpis pacjenta (jeśli ukończył 16 lat):		Podpis, data:	

Potwierdzam prawdziwość podanych odpowiedzi

Jestem świadomy że podawanie nieprawdziwych informacji grozi konsekwencjami

Wypełnia pracownik IPCZD

Stwierdzenie przynajmniej 1 objawu infekcji z pyt. 1 lub aktualna temperatura ciała powyżej 38 st., która nie wynika z innej potwierdzonej choroby u pacjenta kwalifikuje go do grupy ryzyka zakażenia COVID-19 - pacjent **nie może wejść na teren IPCZD (bez względu na status zaszczepienia)**. Podobnie, odpowiedź pozytywna nieszczepionego pacjenta na pyt.2 kwalifikuje go do grupy ryzyka zakażenia COVID-19 i pacjent nie może wejść na teren IPCZD. Natomiast odpowiedź pozytywna w pełni zaszczepionego pacjenta na pyt.2 nie stanowi przeciwwskazania do wizyty w poradni.

Pacjent może wejść do poradni: **NIE TAK**

Data i podpis pracownika IPCZD Godz.	
---	--

Ankieta wstępnej kwalifikacji dziecka w czasie pandemii COVID-19-TRIAGE **Poradnie specjalistyczne IPCZD** (v. 25.10.2021)

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna																									
Data urodzenia:			/			/				r.	PESEL														
	dzień	miesiąc		rok																					

Informacje dotyczące RODZICA / OPIEKUNA

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni występowały u Pana (i) następujące objawy COVID-19:

Temperatura powyżej 38 st. C	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Kaszel(ostry, który pojawił się w ciągu ostatnich 2 tyg.)	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Uczucie duszności - problemy z oddychaniem	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Utrata węchu	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
Utrata lub zaburzenie smaku	TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan (i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>

3. Czy u Pani / Pana minęło min. 14 dni od zakończenia pełnego cyklu szczepienia przeciwko SARS-CoV-2?

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego		Podpis, data:	
--	--	---------------	--

Potwierdzam prawdziwość podanych odpowiedzi

Jestem świadomy że podawanie nieprawdziwych informacji grozi konsekwencjami

Wypełnia pracownik IPCZD

Stwierdzenie przynajmniej 1 objawu infekcji z pyt. 1 lub aktualna temperatura ciała powyżej 38 st. kwalifikuje rodzica/opiekuna do grupy ryzyka zakażenia COVID-19 i **rodzic/opiekun nie może wejść na teren IPCZD (bez względu na status zaszczepienia)**. Podobnie, odpowiedź pozytywna nieszczepionego opiekuna na pyt.2 kwalifikuje go do grupy ryzyka zakażenia COVID-19 i rodzic/opiekun nie może wejść na teren IPCZD. Natomiast odpowiedź pozytywna w pełni zaszczepionego rodzica/opiekuna na pyt.2 nie stanowi przeciwwskazania do wizyty w poradni.

Opiekun może wejść do poradni : **NIE TAK**

Data i podpis pracownika IPCZD Godz.	
---	--