

Ankieta wstępnej kwalifikacji dziecka w czasie pandemii COVID-19-TRIAGE **Izba Przyjęć IPCZD** (v. 14.06.2021)

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 przebywało w innym szpitalu niż IPCZD przez czas dłuższy niż 24 godziny?

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

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

4. Czy w okresie ostatnich 3 m-cy u dziecka potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 (w przypadku odp. twierdzącej, konieczne okazanie wyniku)

5. Czy u dziecka minęło min. 14 dni od pełnego cyklu szczepień przeciwko SARS-CoV-2?

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 odpowiedź pozytywna na pyt.2 lub 3 lub aktualna temperatura ciała powyżej 38 st. C kwalifikuje dziecko do grupy ryzyka zakażenia COVID-19 - pacjent musi zostać umieszczony w Izolatce zakaźnej Izby Przyjęć i należy poinformować lekarza. Pozytywna odpowiedź na pyt. 4 (i okazanie dodatniego wyniku badania PCR lub testu antygenowego) zwalnia pacjenta z badania przesiewowego w kierunku SARS-CoV-2.

Grupa ryzyka zakażenia COVID-19 (zaznacz kółkiem): **NIE** **TAK**

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

Ankieta wstępnej kwalifikacji dziecka w czasie pandemii COVID-19-TRIAGE **Izba Przyjęć IPCZD** (v. 14.06.2021)

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 był(a) Pan(i) hospitalizowany przez czas dłuższy niż 24 godziny?

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

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

4. Czy w okresie ostatnich 3 m-cy u Pani/Pana potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 (w przypadku odp. twierdzącej, konieczne okazanie wyniku)

5. Czy Pani/Pana minęło min. 14 dni od pełnego cyklu szczepień 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).**

Jeśli rodzic / opiekun podał twierdzącą odpowiedź na pyt. 2 – może wejść na teren IPCZD po uzyskaniu ujemnego wyniku badania PCR w kierunku SARS-CoV-2 (bez względu na status zaszczepienia).

Jeśli rodzic / opiekun podał odpowiedź twierdzącą na pytanie 3:

- i jest w pełni zaszczepiony - może wejść na teren IPCZD po uzyskaniu ujemnego wyniku badania PCR w kierunku SARS-CoV-2

- i nie był szczepiony (lub jest nie w pełni zaszczepiony) - nie może wejść na teren IPCZD

Pozytywna odpowiedź na pyt. 4 (i okazanie dodatniego wyniku badania PCR lub testu antygenowego) zwalnia opiekuna z badania przesiewowego w kierunku SARS-CoV-2.

Grupa ryzyka zakażenia COVID-19 (zaznacz kółkiem): **NIE** **TAK**

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