Ankieta wstępnej kwalifikacji dziecka w czasie pandemii COVID-19-TRIAGE Poradnie specjalistyczne IPCZD (v. 16.11.2020)

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:

Temperatura powyżej 38 st. C	**TAK**		**NIE**	
Kaszel (ostry, który pojawił się w ciągu ostatnich 2 tyg.)	**TAK**		**NIE**	
Uczucie duszności - problemy z oddychaniem	**TAK**		**NIE**	
Utrata węchu	**TAK**		**NIE**	
Utrata lub zaburzenie smaku	**TAK**		**NIE**	

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub która przebywała w kwarantannie? **TAK** ☐ **NIE** ☐

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 aktualna temperatura ciała powyżej 38 st. C kwalifikuje dziecko do grupy ryzyka zakażenia COVID-19 i **pacjent nie może wejść do poradni IPCZD.**

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 Poradnie specjalistyczne IPCZD (v. 16.11.2020)

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:

Temperatura powyżej 38 st. C	**TAK**		**NIE**	
Kaszel(ostry, który pojawił się w ciągu ostatnich 2 tyg.)	**TAK**		**NIE**	
Uczucie duszności - problemy z oddychaniem	**TAK**		**NIE**	
Utrata węchu	**TAK**		**NIE**	
Utrata lub zaburzenie smaku	**TAK**		**NIE**	

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan (i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 lub która przebywała w kwarantannie? **TAK** ☐ **NIE** ☐

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 odpowiedź pozytywna na pyt.2 lub aktualna temperatura ciała powyżej 38 st. C kwalifikuje rodzica/opiekuna do grupy ryzyka zakażenia COVID-19 i **rodzic/opiekun nie może wejść na teren IPCZD.**

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

Data i podpis pracownika IPCZD Godz.	