

# Ankieta wstępnej kwalifikacji dziecka w czasie pandemii COVID-19-TRIAGE **Izba Przyjęć IPCZD** (v. 16.11.2020)

<b>Imię i nazwisko Pacjenta:</b>																							
<b>Data urodzenia:</b>			/			/				r.	<b>PESEL</b>												
	dzień	miesiąc		rok																			

## Informacje dotyczące PACJENTA

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

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

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko przebywało w innym szpitalu niż IPCZD przez czas dłuższy niż 24 godziny?

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

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

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

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

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 a pacjent musi zostać umieszczony w Izolatce zakaźnej Izby Przyjęć i należy poinformować lekarza.

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. 16.11.2020)

<b>Imię i nazwisko rodzica/opiekuna</b>																								
<b>Data urodzenia:</b>			/			/				r.	<b>PESEL</b>													
	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	<b>TAK</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NIE</b>	<input type="checkbox"/>
Kaszel(ostry, który pojawił się w ciągu ostatnich 2 tyg.)	<b>TAK</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NIE</b>	<input type="checkbox"/>
Uczucie duszności - problemy z oddychaniem	<b>TAK</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NIE</b>	<input type="checkbox"/>
Utrata węchu	<b>TAK</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NIE</b>	<input type="checkbox"/>
Utrata lub zaburzenie smaku	<b>TAK</b>	<input type="checkbox"/>	<b>NIE</b>	<input type="checkbox"/>

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni był(a) Pan(i) hospitalizowany przez czas dłuższy niż 24 godziny?

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

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

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 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**

<b>Data i podpis pracownika IPCZD</b> Godz.	
--	--