

Włocławek, dnia 27 październik 2020 r.
Załącznik nr 1 do Zał. nr 4 do procedury P-O-86

**ANKIETA PACJENTA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ DO WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO IM. BŁOGOSŁAWIONEGO KSIĘDZA JERZEGO POPIELUSZKI
WE WŁOCLAWKU W CZASIE SARS-COV-2**

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Dane osobowe:

Imię i nazwisko

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania/ pobytu:

Telefon kontaktowy pacjenta:

Adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą telefoniczną lub elektroniczną

Podpis Pacjenta/data

Czy miał/a Pan/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? TAK / NIE Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy [od -do]):

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

	NIE	TAK	Jeśli TAK - od kiedy początek (data)
Temperatura powyżej 38 st. c			
Kaszel			
Duszność			

Karta badania pielęgniarzkiego / ratownika medycznego

(dotyczy pacjentów zgłaszających objawy)

Ciepłota ciała.....st. C

Liczba oddechów...../min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym sO₂.....%

Data

Godzina

Podpis/pleczątko pielęgniarzki
ratownika medycznego

.....



Województwo
Kujawsko-Pomorskie

ul. Wieniecka 49, 87 - 800 Włocławek
NIP: 888 311 78 73; REGON: 341411727
www.szpital.wloclawek.pl; sekretariat@szpital.wloclawek.pl
tel. 54 412 90 00