

**ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI PACJENTA**

DATA	
NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA	
PESEL	
NUMER TELEFONU DO KONTAKTU	
ADRES	

Czy miał(a) Pan(i) wykonane badanie w kierunku wykrycia RNA SARS-CoV-2?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE
	Jeśli tak, to data badania: Wynik: <input type="radio"/> DODATNI <input type="radio"/> UJEMNY
Czy w ciągu ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) na kwarantannie?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE
Czy w ciągu ostatnich 10 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie koronawirusem (SARS CoV-2)?	<input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE
Czy występują u Pana(i) następujące objawy?	gorączka powyżej 38 st.C <input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE
	kaszel <input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE
	uczucie duszności <input type="radio"/> TAK <input type="radio"/> NIE

Data i podpis pacjenta (jeśli jest w stanie złożyć podpis):

Adnotacje personelu szpitala:

Ciepłota ciałast. C

Liczba oddechów/min

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym sO₂%

Inne:

Data i podpis osoby przeprowadzającej triagę: