**ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA**

**Dane osoby towarzyszącej w porodzie:**

Imię i nazwisko .....................................................................................................

Adres zamieszkania/ pobytu: .........................

 Telefon kontaktowy.............................................. Mail............................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych

**Podpis /data ...................................................................**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wywiad :** | **NIE**  | **TAK**  | **Jeśli TAK - od ilu dni**  |
| Czy jest Pan/i obecnie poddany/a kwarantannie ? |  |  |  |
| Czy w czasie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19 ? |   |   |   |
| Czy w czasie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą poddaną izolacji lub kwarantannie ? |   |   |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stan ogólny obecnie:** | **NIE**  | **TAK**  | **Jeśli TAK - od ilu dni**  |
| Temperatura > 38 st. C  |   |   |   |
| Kaszel  |   |   |   |
| Duszność  |   |   |   |
| Nagła utrata węchu, smaku lub zaburzenia smaku |  |  |  |
| Inne  |  |  |  |

**Podpis /data/godzina**................................................................

**Karta badania medycznego**

Ciepłota ciała \* st. C

**Podpis osoby przyjmującej /data/godzina**................................................................

\*pomiaru należy dokonać w okolicy dekoltu/górnej części mostka