

Ankieta dla dziecka zgłaszającego się z podejrzeniem COVID-19

Załącznik 1.

Dane osobowe dziecka

Imię	
Nazwisko	

PESEL dziecka

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

Dane osobowe opiekuna dziecka

Imię	
Nazwisko	

PESEL Rodzica

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

Adres zamieszkania/ pobytu

.....
.....

Telefon kontaktowy..... Adres e-mail.....

Kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem w ciągu ostatnich 14 dni

TAK	NIE

Jeśli tak to z kim był kontakt....

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

	TAK	NIE
Temperatura > 38 °C		
Kaszel		
Duszność		

Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku badania drogą telefoniczną lub elektroniczną

Podpis opiekuna i ew. pacjenta/

data

.....

Wywiad:

Kraj pobytu:

Rejon, odwiedzane miasta:

Środek lokomocji: samolot, samochód, autokar

Okres pobytu: (data) od... do...

OBJAWY:

Gorączka	TAK	NIE	od kiedy (daty):	wartość maksymalna gorączki:
----------	-----	-----	------------------	------------------------------

Kaszel	TAK	NIE	od kiedy
--------	-----	-----	----------

Bóle mięśniowe	TAK	NIE
----------------	-----	-----

Biegunka	TAK	NIE	od kiedy:	ile stolców:
----------	-----	-----	-----------	--------------

Wymioty	TAK	NIE	od kiedy:	ile razy:
---------	-----	-----	-----------	-----------

Inne niepokojące objawy u dziecka:

Choroby przewlekłe u dziecka:

Leki przyjmowane na stałe przez dziecko (nazwa, dawki):

Uczulenia/alergie u dziecka:

Dieta: zwykła inna:

Masa ciała dziecka