

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

(ANKIETA AKTUALIZACJNA DOTYCZĄCA RYZYKA ZACHOROWANIA NA WIRUSA SARS-COV-2)

Imię i nazwisko, PESEL Uczestnika/-czki projekcie pn.: „Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec”

.....

.....

.....

Kryteria	
Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy obecnie występują u Pana(i) lub kogoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Inne nietypowe:

Hospicjum Sosnowieckie im. Św. Tomasza Ap.
„Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec ”

Projekt współfinansowany ze środków
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr umowy o dofinansowanie UDA-RPSL.09.02.06-24-05A6/18

Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
INFORMACJA: Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, że jestem chory - również na odpowiedzialność karną.	

Data przeprowadzenia wywiadu:

Podpis osoby przeprowadzającej wywiad:.....