



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W SZAMOTUŁACH**

ul. Sukiennicza 13
64-500 Szamotuły

sekretariat@szamotuly.med.pl
www.szamotuly.med.pl

TRIAGE W SZPITALACH NIEZAKAŻNYCH

WYPEŁNIA PACJENT

Ankieta pacjenta zgłaszającego się z powodu podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2

Dane osobowe pacjenta: (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Imię, nazwisko

Pesel

Adres zamieszkania / pobytu

Telefon kontaktowy Adres e-mail.....

Wyrażam zgodę na przekazanie wyniku drogą telefoniczną lub elektroniczną

.....
Data, czytelny podpis Pacjenta

1. Czy miał/a Pan/Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV2? **TAK / NIE**
Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od-do)
Jeśli tak, z kim (proszę podać dane osoby)

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

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperaturapowyżej>38st.C			
Kaszel			
Duszność			

KARTA BADANIA (WYPEŁNIA PERSONEL SZPOZ w Szamotułach)

Ciepłota ciała st. C	
Saturacja (SpO2...%) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym	
Liczba oddechów/min	

Data godz.....

.....
Pieczątka i podpis pielęgniarki lub ratownika