



Mając na uwadze sytuację epidemiologiczną związaną z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, w trosce o bezpieczeństwo pacjentów oraz personelu medycznego, prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Zebrane dane osobowe będą przetwarzane w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Odmowa udzielenia informacji może spowodować odmowę udzielenia świadczeń.

OŚWIADCZENIE PACJENTA O STANIE ZDROWIA PODCZAS PANDEMII SARS-CoV-2

DATA WYWIADU	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
NUMER TELEFONU	

1. Czy występują u Pana(i) objawy?

OBJAWY / STAN ZDROWIA	STAN AKTUALNY	OSTATNIE 14 DNI	Jeśli TAK, to jak długo (od kiedy)?
temperatura > 37,5°C	TAK / NIE	TAK / NIE	
kaszel	TAK / NIE	TAK / NIE	
duszności/problemy z oddychaniem	TAK / NIE	TAK / NIE	
ból gardła	TAK / NIE	TAK / NIE	
utrata węchu lub smaku	TAK / NIE	TAK / NIE	
bóle mięśni	TAK / NIE	TAK / NIE	
wysypka	TAK / NIE	TAK / NIE	
dolegliwości żołądkowo – jelitowe	TAK / NIE	TAK / NIE	
inne dolegliwości? Jeśli TAK, to jakie?	TAK / NIE	TAK / NIE	

- Czy obecnie lub w ostatnich dwóch tygodniach był Pan(i) w kontakcie z osobą, u której występują lub wystąpiły w/w objawy? **TAK/NIE** Jeśli TAK, to kiedy: _____.
- Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono lub podejrzewa się zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2? **TAK/NIE** Jeśli TAK, to kiedy? _____.
- Czy Pan(i)/partner/dziecko/podopieczny lub ktoś z domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanną)? **TAK/NIE**
- Czy jest Pan(i) pracownikiem służby zdrowia? **TAK/NIE**
Jeśli TAK, proszę podać rodzaj placówki _____.
- Czy przebywał(a)/przebywa Pan(i) w miejscach wysokiego ryzyka występowania COVID-19? **TAK/ NIE**
Jeśli TAK, to gdzie (np. szpital, przychodnia zdrowia, inne) _____.
- Czy był Pan(i) diagnozowany w kierunku COVID-19? **TAK/NIE**
Jeśli wynik testu na COVID-19 był pozytywny i jest Pan(i) już zdrowy(a) czy posiada Pan(i) potwierdzony ujemny wynik po przejściu choroby? **TAK/NIE/NIE DOTYCZY**
- Czy cierpi Pan(i) na jakieś choroby przewlekłe (np. cukrzyca, astma, choroby wątroby, nerek, terapia obniżająca odporność, inne)? **TAK/NIE** Jeśli TAK to jakie? _____.
- Proszę wymienić przyjmowane leki: _____.

JEŻELI W CIĄGU ROZPOCZĘTEGO LECZENIA W GMW CENTRUM DIAGNOSTYKI GINEKOLOGICZNO – POŁOŻNICZEJ ODPOWIEDŹ NA KTÓREGOKOLWIEK Z POWYŻSZYCH PYTAŃ ULEGNIE ZMIANIE, JEST PAN(I) ZOBOWIĄZANY(A) POINFORMOWAĆ O TYM LEKARZA PROWADZĄCEGO LUB PERSONEL OŚRODKA.

Oświadczam, iż wszystkie powyżej przekazane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności wynikającej z właściwych przepisów prawa (karnej, cywilnej, in.) za przekazanie nieprawdziwych lub zatajenie prawdziwych informacji. Rozumiem i jestem świadomy(a) obowiązku poinformowania lekarza lub personelu ośrodka o zmianach mojego stanu zdrowia w zakresie wypełnionej ankiety lub o innych niepokojących mnie objawach nieuwzględnionych w ankiecie.

Czytelny podpis Pacjenta