



Kudowa Zdrój, dn.....

**Szpital Rehabilitacyjny Hematologiczny  
dla Dzieci „ORLIK”  
ul. Bukowina 1, 57-350 Kudowa Zdrój**

## WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY

1. Czy dziecko było szczepione p/ wzw .....
  2. Czy w ostatnim czasie (6 miesięcy) dziecko przebyło zabieg naruszający ciągłość skóry (iniekcje, pobranie krwi, infuzje)? .....
  3. Czy w ostatnim czasie (1 miesiąc) dziecko miało kontakt z chorobą zakaźną?  
.....
  4. Czy obecnie występują u dziecka zmiany skórne? .....
  5. Czy dziecko miało wykonywane w ostatnim czasie (6 miesięcy) przekłuwanie uszu, tatuaże?  
.....
  6. Czy dziecko miało wykonywane w ostatnim czasie (6 miesięcy) badania endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia, cystoskopia)? .....
  7. Czy w ostatnim czasie były wykonywane u dziecka zabiegi chirurgiczne? .....
  8. Czy dziecko korzysta/korzystało z poradni specjalistycznej? .....
- Jeżeli TAK to z jakiej? .....

.....  
Podpis rodzica/ opiekuna

.....  
Podpis pielęgniarki

**ANKIETA WERYFIKACJI STANU ZDROWOTNEGO I EPIDEMIOLOGICZNEGO OSOBY KORZYSTAJĄCEJ ZE ŚWIADCZEŃ  
W SZPITALU REHABILITACYJNYM**

<b>ANKIETA KWALIFIKACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ</b>	
NAZWA SZPITALA	
<b>IMIĘ, NAZWISKO PACJENTA</b>	
PESEL PACJENTA	
TELEFON KONTAKTOWY OPIEKUNA	

<b>1. ANKIETA DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2</b>	
Czy dziecko było szczepione przeciw COVID19?	TAK / NIE  1 dawka / kiedy?.....  2 dawka / kiedy?.....
Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko miało kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?	TAK / NIE Kiedy?..... Gdzie?.....
Czy u dziecka występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu, inne dolegliwości (np. bóle mięśni, bóle gardła, biegunka, wymioty, wysypka, zapalenie spojówek, utrata węchu lub smaku, inne nietypowe)?	gorączka: TAK/NIE, kaszel: TAK/NIE, duszność: TAK/NIE, trudności w oddychaniu: TAK/NIE, inne dolegliwości – TAK/NIE Jakie:..... Kiedy?.....
Czy u któregoś z domowników występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach: gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu lub inne ww. dolegliwości?	TAK/NIE Jakie: ..... Kiedy?.....
Czy ktoś z domowników jest obecnie objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym albo poddany izolacji?	TAK / NIE Kto?..... Od kiedy?.....
data, podpis osoby zbierającej wywiad	

<b>2. WERYFIKACJA EPIDEMIOLOGICZNA W TRAKCIE PRZYJĘCIA PACJENTA DO UZDROWISKA</b>			
DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA LECZENIA	DATA:	GODZINA:	TEMPERATURA CIAŁA (°C):
WYNIK TESTU RT-PCR	DATA:	<b>DODATNI (POZYTYWNY) / UJEMNY (NEGATYWNY)</b>	
WYNIK TESTU ANTYGENOWEGO	DATA:	<b>DODATNI (POZYTYWNY) / UJEMNY (NEGATYWNY)</b>	
Oświadczam, że powyższe informacje są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. Zdaje sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem SARS-CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku, gdy okaże się, że jestem chory/a – również na odpowiedzialność karną.			TAK / NIE
data, podpis pacjenta			