**Wytyczne dla funkcjonowania uzdrowisk w trakcie epidemii COVID-19 w Polsce**

Załącznik nr 1: **ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ DO UZDROWISKA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI EPIDEMIOLOGICZNEJ DO UZDROWISKA** | | |
| **PODMIOT LECZNICZY** |  | |
| **ZAKŁAD LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO** |  | |
| **ODDZIAŁ** |  | |
| **IMIĘ, NAZWISKO PACJENTA** |  | |
| **PESEL** |  | |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  | |
| **PLANOWANA DATA ROZPOCZĘCIA TURNUSU:** |  | **ZAPROPONOWANA GODZINA PRZYJĘCIA NA LECZENIE:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **ANKIETA TELEFONICZNEJ KWALIFIKACJI DO LECZENIA UZDROWISKOWEGO DOTYCZĄCA NARAŻENIA NA ZAKAŻENIE KORONAWIRUSEM SARS-CoV-2** | |  |
| **Czy jest Pan/Pani lub był/ była zarażona koronawirusem SARS-CoV-2?** | **TAK / NIE**  **Kiedy?....................................................................** | |
| **Kiedy miał Pan/Pani robiony TEST wykrywający koronawirusa SARS-CoV-2 i jaki jest wynik testu?** | **Kiedy?....................................................................**  **Wynik: DODATNI / UJEMNY** | |
| **Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?** | **TAK / NIE**  **Kiedy?....................................................................**  **Gdzie?....................................................................** | |
| **Czy u Pana/Pani 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 Pana/Pani domowników występują obecnie lub występowały w ostatnich dwóch tygodniach:** gorączka, kaszel, duszność, trudności w oddychaniu lub inne ww. dolegliwości? | **TAK/NIE**  **Jakie: …………………………………………………………………..**  **Kiedy?....................................................................** | |
| **Czy Pan/Pani lub ktoś z domowników jest obecnie objęty kwarantanną lub nadzorem**  **epidemiologicznym albo poddany izolacji?** | **TAK / NIE**  **Kto?......................................................................**  **Od kiedy?..............................................................** | |
| **Czy Pan/Pani w ciągu ostatniego miesiąca przebywał/-a poza granicami Polski?** | **TAK / NIE**  **Kiedy?...................................................................**  **Gdzie?....................................................................** | |
| **Czy Pan/Pani w obecnym sezonie był/-a szczepiony/-a przeciw grypie?** | **TAK / NIE**  **Kiedy?....................................................................** | |
| **data, podpis osoby zbierającej wywiad** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **WERYFIKACJA EPIDEMIOLOGICZNA W TRAKCIE PRZYJĘCIA PACJENTA DO UZDROWISKA** | | | | |
| **DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA LECZENIA** | **DATA:** | **GODZINA:** | **TEMPERATURA CIAŁA (°C):** | |
| **WYNIK TESTU**  **rRT-PCR** | **DATA:** | **DODATNI (POZYTYWNY) / UJEMNY (NEGATYWNY)** | | |
| **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** | | | | |