**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** |