

## ANKIETA DLA PACJENTÓW W ZWIĄZKU ZE STANEM EPIDEMIOLOGICZNYM ZAKAŻEŃ KORONAWIRUSEM SARS-COV-2

### Dane osobowe:

Imię i nazwisko .....

PESEL ..... Telefon kontaktowy pacjenta .....

Adres zamieszkania / pobytu .....

Czy miał/a Pani/Pan kontakt w ciągu 14 dni z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2 ? (zaznacz właściwe)	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
Czy obecnie jest Pani/Pan objęta/ty nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną? (zaznacz właściwe)	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>

Czy w ciągu **ostatnich 24 godzin** występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK od kiedy początek (data)
Objawy przeziębieniowe (katar, drapanie w gardle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temperatura powyżej 37, 5 st. C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duszność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Data i podpis pacjenta/ opiekuna prawnego\*

.....

\* jeżeli dotyczy

Pomiar temperatury wykonany w WOMP w Rzeszowie ..... st. C

Podpis pielęgniarki wykonującej pomiar temperatury .....

# Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia

Nazwisko:	Imię:
Adres zamieszkania:	
Data urodzenia:	PESEL:
Telefon:	Adres mailowy:
Wzrost:	Waga:

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia jest poufne i po przekazaniu lekarzowi będzie przechowywane tylko w dokumentacji bez prawa udostępniania podmiotom zewnętrznym. **Instrukcja wypełniania ankiety** (Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając znak X w odpowiednią rubrykę. Jeżeli pytanie **JEST** niezrozumiałe należy prosić o pomoc lekarza i uzupełnić odpowiedź.)

## Dane dotyczące stanu zdrowia

Lp:	Pytanie	TAK	NIE
1	Czy korzysta Pan/i przewlekłe z opieki zdrowotnej z powodu jakiegokolwiek choroby, przebytych urazów lub niepełnosprawności?		
2	Czy przyjmuje Pan/i leki przewlekłe?		
3	Czy kiedykolwiek wystąpiły lub stwierdzono u Pana/Pani' niżej wymienione choroby, dolegliwości, objawy lub został Pan/Pani poinformowany/a o nich przez lekarza.		
4	Wysokie ciśnienie krwi ( wartości nieprawidłowe powyżej 130/90), zaburzenia lipidowe?		
5	Choroby serca {wady serca, zapalenia mięśnia serca) zapalenie żył		
6	Ból w klatce piersiowej, choroba wieńcowa, zawał serca, nieregularne bicie serca, kołatania, zabiegi ablacji		
7	Zawał serca ( przebyta koronarografia, implantacja stentu)		
8	Choroby wymagające operacji serca np. By Pass, wymiana zastawki serca		
9	Zaburzenia oddychania, np. astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli		
10	Zaburzenia funkcji nerek ( kamica nerkowa, choroby prostaty)		
11	Cukrzyca przebyta (np. ciążowa) lub świeżo rozpoznana		
12	Urazy głowy, urazy kręgosłupa, operacje kręgosłupa		
13	Drgawki, padaczka (również padaczka wieku dziecięcego)		
14	Nudności, zawroty głowy, problemy z utrzymaniem równowagi		
15	Udar mózgu/wylew krwi do mózgu		
16	Inne zaburzenia neurologiczne		
17	Choroby szyi, pleców lub kończyn		
18	Problemy ze wzrokiem, konieczność używania okularów, widzenie jednooczne .podwójne widzenie, daltonizm, kłopoty z rozpoznawaniem barw		
19	Choroby uszu ,ubytek słuchu, głuchota, używanie aparatów słuchowych		
20	Choroby psychiczne, depresja, zaburzenia nerwicowe. Czy kiedykolwiek Pan/i był/a badany/a z powodu zaburzeń snu lub lekarz Informował, że ma Pan/i zaburzenia snu, zespoły bezdechu nocnego		
21	Czy kiedykolwiek Pan/i miał/a operację lub wypadek, lub był/a Pan/iw szpitalu z jakiegokolwiek powodu. Jeżeli tak to proszę opisać lub zapytać lekarza ( rodzaj operacji)		
22	Czy kiedykolwiek Pan/i potrzebował/a pomocy z powodu nadużycia alkoholu lub środków działających podobnie do alkoholu?		
23	Czy używa Pan / i narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych? Jeżeli tak to jakie ?		
24	Przebyte choroby zakaźne: np.: wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica, COVID 19...)		
25	Czy pali Pan/ i papierosy jeżeli tak, to ile dziennie / lat ? 0,-5 / **		
26	Jak często pije Pan/Pani alkohol-piwo, wino, wódka itp. zobacz podpowiedzi poniżej		
	Nigdy albo rzadziej niż raz w miesiącu		
	Raz w miesiącu		
	Dwa do trzech razy w miesiącu		
	Cztery i więcej razy w tygodniu		

**Pouczony/a o odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu karnego - oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.**

Podpis osoby składającej oświadczenie:	Data:
--	-------