

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY w kierunku ryzyka zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2*

Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Krakowie

NAZWISKO I IMIĘ																					
PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
ADRES ZAMIESZKANIA																					
NUMER TELEFONU																					
E-mail																					
DATA																					

1. Czy przeszedł Pan/Pani zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 potwierdzone wymazem z nosogardła?

Tak Nie

Jeśli TAK to kiedy (data wykonania wymazu):

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 ?

Tak Nie

3. Czy występują u Pana(i) objawy?

	TAK	NIE
Gorączka powyżej 38°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaszel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uczucie duszności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objawy infekcyjne (ból mięśni, głowy, gardła)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utrata węchu i/lub smaku o nagłym początku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Podpis pacjenta

*Dołącz do dokumentacji