WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY W KIERUNKU COVID-19

....
Imię i Nazwisko Pesel Nr tel. kontaktowego

Data:.....

Uprzejmie prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi na poniższe pytania przez znaczenie odpowiedzi TAK lub NIE

Czy jest Pan/i pod nadzorem epidemiologicznym (tj. w kwarantannie)?	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni miał Pan/i kontakt z osobą, która jest pod nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?	TAK	NIE
Czy obecnie lub w ciągu 2 tygodni występowały u Pana/i objawy infekcji:		
gorączka	TAK	NIE
kaszel	TAK	NIE
uczucie duszności	TAK	NIE
katar	TAK	NIE
wysypka	TAK	NIE
bóle mięśni	TAK	NIE
bóle gardła	TAK	NIE
zaburzenia węchu i smaku	TAK	NIE
Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni miał/a Pan/i kontakt z osobami, u których występowały wyżej wymienione objawy?	TAK	NIE

.....
(Czytelny podpis pracownika /rodzica lub prawnego opiekuna dziecka uczęszczającego na zajęcia w Powiatowym Młodzieżowym Domu Kultury w Będzinie)

W przypadku pozytywnej odpowiedzi na min. I z powyższych pytań, ankietowany zgłasza się do PZZOZ w Czeladzi w celu pobrania wymazu z nosogardła.

Termin wymazu .....
Do czasu uzyskania wyniku pozostaje w izolacji domowej.