



ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI PRZED SZCZEPIENIEM DZIECKA

Data	
Imię i nazwisko pacjenta (dziecka)	
Numer PESEL	
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna dziecka, z którym przeprowadzono poniższy wywiad	
Numer telefonu do kontaktu / adres e mail	

1. Czy w okresie 14 dni ktoś z domowników przebywał w rejonach transmisji koronawirusa?

(lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)

Tak Nie

2. Czy w okresie ostatnich 14 dni ktoś z domowników miał kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

Tak Nie

3. Czy występują u kogoś z domowników następujące objawy?

Gorączka	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Kaszel	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Uczucie duszności-trudności w nabraniu powietrza	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Biegunka	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

4. Czy ktoś z domowników ma aktualnie infekcję dróg oddechowych o nieustalonej przyczynie ?

Tak Nie

5. Czy ktoś z domowników aktualnie przebywa na kwarantannie ?

Tak Nie

6. Czy ktoś z domowników jest aktualnie poddany izolacji w warunkach domowych ?

Tak Nie

7. Czy ktoś z domowników miał wykonywany test (wymaz) w kierunku koronawirusa ?

Nie Tak Data :

.....(podpis osoby wypełniającej)