**Ankieta** **dla dziecka i rodzica/opiekuna zgłaszającego się do przychodni w kierunku podejrzenia zakażenia SARS CoV-2**

|  |
| --- |
| **DATA** |
| **Dane osobowe dziecka:** |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| **Dane osobowe rodzica/opiekuna:** |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Telefon kontaktowy |  |

: …......................................................................................................................

|  |
| --- |
| **1.Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały u dziecka następujące objawy:** |
|  | TAK | NIE |
| Temperatura >38°C |  |  |
| Kaszel |  |  |
| Duszność |  |  |

|  |
| --- |
| **2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni u któregokolwiek dorosłego domownika i/lub osób dorosłych z bliskiego kontaktu z dzieckiem występowały następujące objawy:** |
|  | TAK | NIE |
| Temperatura >38°C |  |  |
| Kaszel |  |  |
| Duszność |  |  |

|  |
| --- |
| **3.Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko miało kontakt z osobą z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem SARS -CoV2** |
| NIE | TAK | Jeśli TAK proszę podać z kim |
|  |  | Rodzic/Opiekun Prawny …..................................................................................Inny domownik …................................................................................................Inny (wpisać) ….................................................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.Czy w ciągu ostatnich 14 dni którykolwiek z domowników i/lub osób z bliskiego kontaktu z dzieckiem miał bliski kontakt z potwierdzonym lub prawdopodobnym przypadkiem COVID-19** | TAK |
| NIE |

**Podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego.......................................................................**

**Podpis Pacjenta (jeśli ukończył 16. rok życia) : …..................................................**