Log wszystkich osób wchodzących: *(100% osób: personel, kierowca, dostawcy)** Pieczęć Stacji Dializ

Data……..

Godz	Imię, nazwisko, nr tel.	**Wartość** pomiaru temp.	Nowe objawy ostrej infekcji dróg odd. Zaznacz jeśli **tak***	Styczność ze źródłem Covid-19 w ost. 14 dniach Zaznacz jeśli **tak***	Komentarz	Podpis osoby sprawdzającej

*Pacjenci mają uzupełniany formularz oceny pacjenta

jeśli gorączka, lub którekolwiek **tak – osoba **nie jest ona wpuszczana na teren stacji dializ.** Zalecane jest niewpuszczanie na teren Stacji Dializ osób odwiedzających (dostawców, kurierów itd.) z objawami infekcji dróg oddechowych (katar, przewlekły kaszel).

06-36-E | Published | Confidential

Poufne i chronione prawem autorskim.