

Data oceny: _____ Ośrodek: _____

| | | | |
|---------------------------|--|------------------|--|
| Imię i nazwisko pacjenta: | | Godz. przyjęcia: | |
| Data urodzenia: | | Temperatura: | |

| Ocena kliniczna pacjenta przy stanowisku segregacji*: | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Gorączka >37,2 stC (pomiar z czoła, według instrukcji użytkowania termometru) i/lub dreszcze | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Kaszel (nowy lub pogarszający się) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Duszność (nowa lub pogarszająca się) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Biegunka | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Ból gardła i/lub głowy i/lub mięśni | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Objawy ostrej infekcji dróg oddechowych (o dowolnym stopniu nasilenia) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Objawy kliniczne sugerujące zapalenie płuc | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Wywiad epidemiologiczny*: | | |
| Styczność ze źródłem Covid-19 (osobą zakażoną) | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Daty kontaktu: / / od - do / / | | |
| Rodzaj kontaktu: z rodziną / we wspólnym gospodarstwie domowym / z współpracownikiem / inne: | | |
| Odległość od osoby zakażonej | | |
| Czas kontaktu (jak długo) z osobą zakażoną | | |
| Czy osoba zakażona miała objawy ze strony układu oddechowego | | |
| Czy pobyt w domu opieki | | |