

# ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

---

## Dane osoby towarzyszącej w porodzie:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania/ pobytu: .....

Telefon kontaktowy..... Mail.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych

**Podpis /data .....**

| Wywiad :   | NIE | TAK | Jeśli TAK - od<br>ilu dni |
|--|-----|-----|---------------------------|
| Czy jest Pan/i obecnie poddany/a kwarantannie ?  |     |     |                           |
| Czy w czasie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19 ? |     |     |                           |
| Czy w czasie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą poddaną izolacji lub kwarantannie ?         |     |     |                           |

| Stan ogólny obecnie:                           | NIE | TAK | Jeśli TAK - od<br>ilu dni |
|--|-----|-----|---------------------------|
| Temperatura > 38 st. C                         |     |     |                           |
| Kaszel   |     |     |                           |
| Duszność                                       |     |     |                           |
| Nagła utrata węchu, smaku lub zaburzenia smaku |     |     |                           |
| Inne   |     |     |                           |

**Podpis /data/godzina.....**

## Karta badania medycznego

Ciepłota ciała \* ..... st. C

**Podpis osoby przyjmującej /data/godzina.....**

\*pomiaru należy dokonać w okolicy dekoltu/górnej części mostka