TRIAŻ W SZPITALACH NIEZAKAŹNYCH

ANKIETA DLA PACJENTA W KIERUNKU COVID-19

PROSZĘ WYPEŁNIĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

dane pacjenta : Imię i nazwisko

Pesel :

Adres zamieszkania / pobytu ……...……

Telefon kontaktowy pacjenta ……...……

1. Czy miał/a pani/Pan kontakt z osoba, u której potwierdzono zakażenia SARS Co-V-2 ?

TAK NIE

2. Jeśli TAK , to kiedy (data lub przedział czasowy od – do) ……...……...……

3. Jeśli TAK , z kim proszę podać dane osoby …….. ……..

4. Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy (odpowiednie zakreślić).

	NIE	**TAK**	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura powyżej 38 stopni C			
Kaszel			
Duszność			

5. W dniu wizyty temperatura wynosi ……....……...**º C**……..…….
podpis osoby dokonującej pomiaru temperatury

6. Podpis Pacjenta ……...…….data ……..……

Karta badania pielęgniarskiego/ ratownika medycznego
dotyczy pacjentów zgłaszających objawy

Ciepłota ciała ……...**º C**

Liczba oddechów…….. **/ min**

Saturacja mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym SpO2…...……..%

…… …….. ……...
data godzina podpis / pieczątka pielęgniarki / ratownika