

Wywiad epidemiologiczny

Pacjent/Opiekun pacjenta

Dane personalne:

Imię i nazwisko **PESEL**

Pomiar temperatury ciała: **1.) czolo:**..... **2.) szyja:**.....

(podpis osoby wykonującej pomiar)

Deklaracja:

1. Czy przeszedł/przeszła Pan/Pani zakażenie koronawirusem? TAK / NIE
2. W przypadku przebytej choroby czy nadal jest Pan/i w izolacji? TAK / NIE
3. Czy przebywa/przebywał Pan/i w kwarantannie? TAK / NIE
4. Czy choruje Pan/Pani na choroby przewlekłe lub przyjmuje Pan/Pani na stałe leki (m.in. cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, nieprawidłowości układu immunologicznego, choroby nowotworowe, ciąża, przyjmowanie leków immunosupresyjnych, wiek powyżej 60 lat, otyłość)? TAK / NIE
5. Czy miał/a Pan/Pani wykonywane badanie/test w kierunku obecności koronawirusa/przeciwciał przeciwko koronawirusowi (jeśli tak – to z jakim wynikiem)? TAK / NIE

Biorąc pod uwagę niezbędne środki ostrożności, w związku z sytuacją epidemiologiczną związaną z wirusem SARSCoV-2, niniejszym oświadczam, że w ciągu ostatnich 14 dni:

	TAK	NIE
przebywałem/-am w kraju/regionie ryzyka wskazanych przez WHO i GIS		
miałem/-am kontakt z osobami z obszarów zagrożonych		
miałem/-am kontakt z osobami z NCoViD19		
miałem/-am kontakt z osobami poddanymi kwarantannie lub podejrzаныmi o zakażenie NCoViD19		
miałem/-am gorączkę >37,2°C, kaszel, katar, zapalenie spojówek lub trudności w oddychaniu/duszości, zaburzenia smaku, zaburzenia węchu, dolegliwości ze strony układu pokarmowego (np. biegunka), zmiany na skórze, których nie miałem/am wcześniej, szczególnie w okolicy palców rąk i stóp		
Jednocześnie pragniemy zapytać czy w dniu dzisiejszym przyjmowałeś/ -aś którykolwiek z leków:		
Zawierające Paracetamol (Apap, Panadol, Paracetamol, Vicks, Fervex, Gripex, Etopiryna, , Metafen, Nurofen, Teraflu, Febrisan, Acenol, Calpol, Codipar, Efferalgan, Omnipap, Panacit, Paramax, Pedicetamol, Sinebriv, Flu Control, Grypolek, Cerugrip, GripBlocker, Grypostop, Coldrex, KidofenAntidol, Dafalgan, Paramax, Talvosilen, Ultracod, Solpadeine, Cefalgin, Saridon, Excedrin, Apopatram, Doreta, Exbol, Padolten, Palgotal, Paratram, Poltram, Synrtam, Tramadol, Tramapar, Tabcin, Zaldiar)		
Zawierające Ibuprofen i pochodne (Ibuprom, Ibum, Metafen, Babyfen, Brufen, Ibalgin, Ibufen, Ibumax, Ibupar, Ibuprofen, Iburapid, Ifenin, Kidofen, MIG, Nurofen, Pediprofen, Flustad, Modafen, Acatar, Infex, Sudafed, Biprofenid, Febrofen, Ketonal, Ketoprofen, Ketores, Profenid, Refastin, Deksak, Ketesse, Skudeksa, Diklophenak, Diclac, Dicloduo, Dicuno, Majamil, Olfen, Voltaren, Artrotec)		
Zawierające Kwas Acetylosalicylowy (Aspiryna, Alcaprim, Alcaseltzer, Aspirin, Encopirin, GripBlocer, Maxipirin, Polopiryna, Pyramidon, Coffepirine, Dampiryna, Kopiryna, Etopiryna, Ekscedrin, Upsarin, Antygrypin, Ascalcin)		
Inne przeciwgorączkowe: Pyralgin, Pyralgina, Realgin, Nefopam, Sativex		

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń – art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym wniosku są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy. Potwierdzam, że zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.

.....
(podpis pacjenta)



Instrukcje dla pacjenta przed przyjściem do Ruczaj Clinic (osoby towarzyszące, punktualność, ubranie i in.)

- Zapraszamy Pana/Panią do gabinetu/przychodni bez osób towarzyszących. W przypadku konieczności przyjścia w towarzystwie będzie to jedna osoba, która musi poddać się tej samej ankiecie segregacyjnej i przestrzegać tych samych środków higieny i ochrony, które są wymagane od pacjenta przy wejściu do gabinetu/przychodni.
- Zostanie zmierzona Panu/Pani temperatura (termometr bezdotykowy na podczerwień), a konsultacja zostanie anulowana, jeśli ma Pan/Pani gorączkę ($>37,2^{\circ}$).
- Prosimy o przyjście bez biżuterii i makijażu oraz w maseczce chirurgicznej/ochronnej.
- Prosimy o przybycie w uzgodnionym czasie. Jeśli przyjdzie Pan/Pani przed czasem, w celu organizacji kontroli dostępu prosimy o oczekiwanie poza placówką.
- Po przybyciu do gabinetu/przychodni otrzyma Pan/Pani instrukcje i zostanie Pan/Pani poproszony/a o wcieranie w ręce środka dezynfekcyjnego (roztwór wirusobójczy) przez 20–30 sekund.
- W przypadku spotkania innego pacjenta w gabinecie/przychodni proszę zachować bezpieczną odległość (2 metry).
- Opłatę najbezpieczniej jest wносить kartą/przelewem, a nie gotówką (mniejsze prawdopodobieństwo zakażenia wirusowego).
- Jeśli podczas wizyty w klinice okaże się, że Pan/Pani nie spełnia wcześniej ogłoszonych wymagań, wizyta może zostać odwołana, jeśli lekarz uzna to za stosowne.