

**Wywiad epidemiologiczny dla Opiekuna dziecka i Pacjenta  
w związku z zagrożeniem koronawirusem Sars-CoV-2**

Rzetelne i zgodne z prawdą wypełnienie poniższego wywiadu epidemiologicznego jest kluczowe dla zdrowia i bezpieczeństwa pracowników Fundacji i rodzin, którym pomagamy.

*Udzielenie odpowiedzi twierdzącej na którekolwiek z pytań 1-5 uniemożliwia kwalifikację do zapisu na badania USG.*

**Część A. Dotyczy Rodzica/Opiekuna** towarzyszącego dziecku podczas badania w Ambulansie.

Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna : .....

Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: .....

<b>Czy w ciągu ostatnich 14 dni:</b>	TAK	NIE
1. Miałaś/eś lub masz obecnie <b>którykolwiek</b> z poniższych objawów? <ul style="list-style-type: none"> <li>• podwyższoną temperaturę – 37,5°C lub wyższą,</li> <li>• kaszel,</li> <li>• ból gardła,</li> <li>• ból zatok,</li> <li>• duszność</li> <li>• utratę węchu o nagłym początku,</li> <li>• utratę lub zaburzenie smaku o nagłym początku</li> <li>• inne objawy grypopodobne, mniej specyficzne takie jak: bóle głowy, mięśni, zmęczenie, dreszcze, nudności, wymioty lub biegunka?</li> </ul>		
2. Miałaś/eś <b>bliski kontakt*</b> z osobą, u której zdiagnozowano chorobę COVID-19? <small>* Bliski kontakt definiuje się jako przebywanie w odległości 2m przez 15 minut lub dłużej; zamieszkanie w tym samym gospodarstwie domowym; bezpośredni kontakt bez środków ochrony osobistej z wydzielinami osoby z COVID-19 (narażenie na kaszel, kichnięcie, dotykanie zużytej chusteczki itp.), kontakt na pokładzie samolotu lub innego środka komunikacji zbiorowej.</small>		
3. Zostałaś/eś poinformowany przez pracownika służby zdrowia lub urzędnika Sanepidu, że zostałaś/eś objęty kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym?		
4. Zdiagnozowano u Ciebie COVID-19?*		
5. Wróciłeś z podróży zagranicznej w rejony o wysokiej transmisji wirusa?		

Data, czytelny podpis Rodzica/Opiekuna

**Część B. Dotyczy dziecka**, wywiad epidemiologiczny wypełnia Rodzic/Opiekun.

Imię i nazwisko Dziecka: .....

Adres zamieszkania: .....

Imię i nazwisko osoby wypełniającej wywiad: .....

<b>Czy w ciągu ostatnich 14 dni:</b>	TAK	NIE
1. U dziecka wystąpił lub obecnie występuje <b>którykolwiek</b> z poniższych objawów? <ul style="list-style-type: none"><li>• podwyższoną temperaturę – 37,5°C lub wyższą,</li><li>• kaszel,</li><li>• ból gardła,</li><li>• ból zatok,</li><li>• duszność</li><li>• utratę węchu o nagłym początku,</li><li>• utratę lub zaburzenie smaku o nagłym początku</li><li>• inne objawy grypopodobne, mniej specyficzne takie jak: bóle głowy, mięśni, zmęczenie, dreszcze, nudności, wymioty lub biegunka?</li></ul>		
2. Dziecko miało <b>bliski kontakt*</b> z osobą, u której zdiagnozowano chorobę COVID-19? <small>* Bliski kontakt definiuje się jako przebywanie w odległości 2m przez 15 minut lub dłużej; zamieszkanie w tym samym gospodarstwie domowym; bezpośredni kontakt bez środków ochrony osobistej z wydzielinami osoby z COVID-19 (narażenie na kaszel, kichnięcie, dotykanie zużytej chusteczki itp.), kontakt na pokładzie samolotu lub innego środka komunikacji zbiorowej.</small>		
3. Zostałaś/eś poinformowany przez pracownika służby zdrowia lub urzędnika Sanepidu, że dziecko zostało objęte kwarantanną lub nadzorem epidemiologicznym?		
4. Zdiagnozowano u dziecka COVID-19?*		
5. Dziecko wróciło z podróży zagranicznej w rejony o wysokiej transmisji wirusa?		

\_\_\_\_\_  
Data, czytelny podpis Rodzica/opiekuna