

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY DOTYCZĄCY WIRUSA SARS-COV-2 W CELU OCENY RYZYKA COVID-19

1. Czy w okresie 14 dni ktoś z domowników przebywał w rejonie transmisji koronawirusa?

TAK

NIE

2. Czy w okresie 14 dni miał/a Pan/ Pani kontakt z osobą, w której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem?

TAK

NIE

3. Czy występują u Pana/ Pani (lub u innych osób wspólnie zamieszkujących) objawy:

- gorączka powyżej 38°C

- kaszel

- uczucie duszności

TAK

NIE

.....
(miejscowość, data)

.....
podpis / (podpis rodzica lub opiekuna prawnego)