

Ankieta przed przyjęciem do szpitala Data wypełnienia karty _____

TEL IP

Data planowanej operacji: _____

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Nr telefonu kontaktowego _____ email _____

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan/Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono SARS CoV-2 lub istnieje duże prawdopodobieństwo SARS?

Tak Nie

2. Czy występują u Pani/Pana objawy?

Tak Nie Gorączka powyżej 38 stopni

Tak Nie Kaszel

Tak Nie Uczucie duszności – trudności w nabraniu powietrza

3. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę (typu 1 lub 2 (insulinozależną /insulinoniezależną)?

Tak Nie

4. Czy choruje Pani/Pan na choroby płuc POCHP, rozedmę, niewydolność oddechową?

Tak Nie

5. Czy przyjmuje Pani/Pan leki sterydy?

Tak Nie

6. Czy przyjmuje Pani/Pan leki immunosupresyjne?

Tak Nie

7. Temperatura ciała w chwili przyjęcia powyżej 37stC

Tak Nie

Jeżeli pojawiła się przynajmniej 1 odpowiedź Tak to należy odroczyć zabieg planowy

lub inny powód _____

Operacja w ustalonym terminie

Zmiana terminu operacji

podpis pacjenta

podpis pracownika