**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: ………………………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czy w ciągu ostatnich 14 dni:** | TAK | NIE |
| 1. Miałaś/eś lub masz obecnie **którykolwiek** z poniższych objawów?   * podwyższoną temperaturę – 37,5°C lub wyższą, * kaszel, * ból gardła, * ból zatok, * duszność * utratę węchu o nagłym początku, * utratę lub zaburzenie smaku o nagłym początku * inne objawy grypopodobne, mniej specyficzne takie jak: bóle głowy, mięśni, zmęczenie, dreszcze, nudności, wymioty lub biegunka? |  |  |
| 2. Miałaś/eś **bliski kontakt**\* z osobą, u której zdiagnozowano chorobę COVID-19?  \* 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. |  |  |
| 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: ………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czy w ciągu ostatnich 14 dni:** | TAK | NIE |
| 1. U dziecka wystąpił lub obecnie występuje **którykolwiek** z poniższych objawów?   * podwyższoną temperaturę – 37,5°C lub wyższą, * kaszel, * ból gardła, * ból zatok, * duszność * utratę węchu o nagłym początku, * utratę lub zaburzenie smaku o nagłym początku * inne objawy grypopodobne, mniej specyficzne takie jak: bóle głowy, mięśni, zmęczenie, dreszcze, nudności, wymioty lub biegunka? |  |  |
| 2. Dziecko miało **bliski kontakt**\* z osobą, u której zdiagnozowano chorobę COVID-19?  \* 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. |  |  |
| 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*

*Warszawa, edycja 31-03-2021*