

 GWAREK	Wywiad epidemiologiczny w kierunku SARS-COV2 (pobyt stacjonarny)	Fm/128/01	Str. 1
		Obowiązuje od dnia 25.09.2020	

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:PESEL:.....

Dane opiekuna prawnego pacjenta:

Imię i nazwisko:PESEL:.....

Proszę odpowiedzieć na pytania poniżej (zaznacz krzyżykiem):

W przeciągu ostatnich 14 dni:

- a) zaobserwowałem/-łam u siebie (lub *podopiecznego) objawów infekcji (w tym: grypy), np.):
- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - trudności oddychania, | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| - wzrostu temperatury ciała pow. 37,5 °C | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| - uporczywego kaszlu lub kataru | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| - zaburzenia węchu i smaku | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| - biegunki | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| - ogólnych bólów mięśni i stawów | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
- b) miałam/em kontakt (*podopieczny miał kontakt) z osobą/ami objętą/tymi kwarantanną,
- TAK NIE
- c) przebywałam/łem poza granicami Polski (* podopieczny przebywał poza granicami Polski)
- TAK NIE

OŚWIADCZENIE PACJENTA

W związku ze stanem pandemii i rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2, oświadczam na swoją wyłączną odpowiedzialność, że:

- Jestem w pełni świadoma/y powagi sytuacji i zagrożenia wynikającego z rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 oraz tego, iż podczas wizyt i/lub pobytu w ZSSRNR „Gwarek” w Goczałkowicach-Zdroju oraz , że pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową.
- Rozumiem oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 (w tym nieodwracalnego uszkodzenia płuc oraz zgonu), a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym członków rodziny).
- Zobowiązuję się podjąć wszelkie możliwe czynności mające na celu prawidłowe i bezpieczne dla siebie oraz innych osób zachowanie (w tym: innych pacjentów oraz pracowników medycznych), jak i przestrzegania obowiązujących zasad higieny.
- Przejmuję pełną odpowiedzialność za swoje prawidłowe zachowania, od których zależy bezpieczeństwo zdrowotne zarówno moje i innych osób (w tym: innych pacjentów oraz pracowników medycznych), a nadto za adekwatne do okoliczności stosowanie środków ochrony osobistej.

Oświadczam, że przed podpisaniem dokumentu miałam/miałem możliwość zadawania pytań oraz udzielono mi na nie zrozumiałych dla mnie odpowiedzi. Oświadczam, że jestem świadoma/świadomy opisanego powyżej ryzyka podczas tej oraz wszystkich kolejnych wizyt i/lub pobytów w ZSSRNR „Gwarek” w Goczałkowicach-Zdroju, a podpis składam dobrowolnie.

Uwaga! Poświadczenie nieprawdy, a co za tym idzie narażanie osób drugich na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych będzie zgłaszane do odpowiednich służb.

Podpis pacjenta /* opiekuna prawnego.....