
ANKIETA NT. OCENY RYZYKA ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM

1. Czy miał/a Pan/Pani kontakt z osobą chorą z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem?.

☐

TAK

☐

NIE

2. Czy miał/a Pan/Pani kontakt z osobami, które powróciły z obszarów zagrożenia, w których stwierdzono wystąpienie zakażenia koronawirusem w okresie ostatnich 14 dni?.

☐

TAK

☐

NIE

3. Czy był/a Pan/Pani w obszarach występowania koronawirusa w ciągu 14 dni przed wystąpieniem objawów chorobowych?.

☐

TAK

☐

NIE

4. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani temperaturę ciała powyżej 38 stopni Celsjusza?.

☐

TAK

☐

NIE

5. Czy aktualnie ma Pan/Pani objawy infekcji dróg oddechowych, tj. występowanie jednego lub więcej objawów choroby układu oddechowego, kaszel, duszność, trudności z oddychaniem lub radiologiczne objawy zapalenia płuc?.

☐

TAK

☐

NIE

6. Czy Pan/Pani był/była zaszczepiony/a przeciw grypie przed sezonem jesienno zimowym.

☐

TAK

☐

NIE

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko osoby ankietowanej