

## ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ STOMATOLOGICZNYCH W SYTUACJI OGŁOSZONEGO NA TERENIE RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ STANU EPIDEMII W ZWIĄZKU Z ZAKAŻENIAMI WIRUSEM SARS-CoV-2

Bytom dnia.....

Imię i Nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

Nr telefonu: .....

Adres  
zamieszkania.....  
.....

1. Czy w ostatnich **14 dniach** występowała u Pana/Pani/dziecka co najmniej jeden z wymienionych objawów ostrej infekcji układu oddechowego takich jak:

A) Gorączka            TAK / NIE

B) Kaszel             TAK / NIE

C) Duszność          TAK / NIE

2. Czy w okresie **14 dni** przed wystąpieniem objawów przebywał/ła Pan/ Pani/dziecko lub powrócił/ła z obszaru, w którym występuje lokalna lub o małym stopniu rozpowszechnienia transmisja COVID-19

TAK / NIE

3. Czy okresie **14 dni** przed wystąpieniem objawów miał Pan/ Pani/dziecko bliski kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie COVID-19.

### Jako bliski kontakt należy rozumieć:

- zamieszkiwanie z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19
- bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną wirusem powodującym COVID-19 (np. podanie ręki)
- bezpośredni kontakt z zakaźnymi wydzielinami osoby z COVID-19 bez środków ochronnych (np. dotykane zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej)

- przebywanie w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) z osobą chorą - przez dowolny czas
- przebywanie w odległości 2 metrów od osoby chorej przez czas dłuższy niż 15 minut w sytuacji każdej innej ekspozycji niewymienionej powyżej
- kontakt personelu medycznego z chorym z COVID-19, sprawowanie bezpośredniej opieki nad chorym z COVID-19 lub kontakt z osobą pracującą w laboratorium bezpośrednio z próbkami osób z COVID-19 bez odpowiedniego zabezpieczenia, uszkodzenie stosowanych środków ochrony osobistej lub ryzyko ich nieprawidłowego zastosowania w bezpośrednim kontakcie z osobą z COVID-19
- kontakt na pokładzie samolotu lub innych zbiorowych środków transportu, obejmujący osoby zajmujące dwa miejsca (w każdym kierunku) od osoby z COVID-19, osoby towarzyszące w podróży lub sprawujące opiekę, członkowie załogi obsługujący sekcję, w której znajduje się chory (w przypadku ciężkich objawów u osoby z COVID-19 lub jej przemieszczania się za bliski kontakt należy uznać wszystkich pasażerów znajdujących się w sekcji lub na pokładzie środka transportu)
- uzyskanie informacji od odpowiednich służb, że miał miejsce kontakt z potwierdzonym przypadkiem.

TAK / NIE

4. Czy jest Pan/Pani czynnym zawodowo przedstawicielem zawodów medycznych, mogącym mieć kontakt z osobą zakażoną, podczas wykonywania obowiązków zawodowych, u których wystąpiły objawy infekcji układu oddechowego bez stwierdzenia innej etiologii w pełni wyjaśniającej obraz kliniczny?

TAK / NIE

5. Czy w ostatnich kilku dniach przyjmował/ła/ło Pan/Pani/dziecko leki obniżające gorączkę, przeciwbólowe NLPZ?

TAK / NIE

Jeżeli tak , kiedy przyjęta była ostatnia dawka.....

Wyrażam zgodę na pomiar ciepłoty ciała w dwóch miejscach (czoło i szyja) bezdotykowym termometrem.

Ciepłota ciała .....st. C

.....

Podpis lekarza

.....

Podpis pacjenta