

## ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

### Dane osoby towarzyszącej w porodzie:

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania/ pobytu: .....

Telefon kontaktowy..... Mail.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych

Podpis/data .....

Wywiad:	NIE	TAK	Jeśli TAK - od ilu dni
Czy jest Pan/i obecnie poddany/a kwarantannie ?			
Czy w czasie ostatnich 14 dni miał/a Pan/i bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?			

Stan ogólny obecnie:	NIE	TAK	Jeśli TAK - od ilu dni
Temperatura > 38°C			
Kaszel			
Duszność			
Nagła utrata węchu, smaku lub zaburzenia smaku			
Inne			

Podpis/data/godzina .....

### Karta badania medycznego

Ciepłota ciała \* .....°C

Podpis osoby przyjmującej/data/godzina .....

\*pomiaru należy dokonać w okolicy dekoltu/górnej części mostka