WNIOSEK O ZGODĘ NA UDZIAŁ W PORODZIE RODZINNYM W STANIE EPIDEMII COVID-19

Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie
ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów
REGON 431219957, NIP 714-163-28-75
tel 81 855 28 07, fax 81 855 28 76

DATA WNIOSKU	IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI

DATA PORODU	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UCZESTNICZĄCEJ W PORODZIE RODZINNYM	OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE:
		– na terenie Szpitala noszę maseczkę zakrywającą nos i usta – **warunkiem udziału w porodzie jest wypełnienie ankiety wywiadu epidemiologicznego, poddanie się pomiarowi temperatury ciała oraz poddanie się badaniu w kierunku SARS-CoV-2 za pomocą Rapid Test Device (w przypadku wystąpienia przesłanek epidemiologicznych)** – wypełniona ankieta epidemiologiczna jest zgodna ze stanem faktycznym (podpis osoby wnioskującej))

DATA ROZPATRZENIA	ZGODA – autoryzacja	BRAK ZGODY – uzasadnienie, autoryzacja

ANKIETA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO DLA OSOBY UCZESTNICZĄCEJ W PORODZIE RODZINNYM W SP ZOZ Lubartów

Imię i nazwisko:

PESEL

Telefon kontaktowy: .....

Status uodpornienia (odpowiednie zakreślić):

Osoba po pełnym cyklu szczepienia przeciwko COVID – 19: TAK / NIE

Osoba po przechorowaniu COVID – 19 (do 180 dni od przechorowania): TAK / NIE

Czy w okresie ostatnich 10 dni miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? TAK / NIE

Jeśli tak to kiedy (data lub przedział czasowy od-do)? .....

Jeśli tak to z kim (proszę podać dane osoby)? .....

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy:

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura powyżej 38°C			
Kaszel			
Duszność			
Nagła utrata węchu			
Nagła utrata smaku			

Data: ..... Czytelny podpis osoby wnioskującej: .....

Wynik badania w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 wykonanego za pomocą Rapid Test Device

Wynik badania: ☐ negatywny ☐ pozytywny ☐ wątpliwy

Data wykonania testu:.....

.....
pieczątka i podpis osoby odczytującej
wynik testu, jednostka organizacyjna