

## FORMULARZ WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO REALIZOWANEGO NA POTRZEBY MONITOROWANIA ZACHOROWAŃ COVID-19

<b>1.</b>	<b>Dane osobowe / ewidencyjne</b>														
a.	Stopień, imię (imiona), Nazwisko:														
b.	Data urodzenia: DD-MM-RRR														
c.	Adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, kod pocztowy, powiat):														
d.	Miejsce pobytu przez najbliższe 30 dni:														
e.	Nr telefonu, adres email:														
f.	Dane pozostałych osób zamieszkujących w gospodarstwie domowym:	<b>Imię i nazwisko</b>						<b>PESEL</b>			<b>Telefon</b>				
g.	Nazwa jednostki macierzystej/jednostki docelowej (adres, nr telefonu miejsca pracy/służby):														
h.	Stopień, imię i nazwisko przełożonego, nr telefonu:														
<b>2.</b>	<b>PESEL</b>												<b>PŁEĆ</b>	<b>M</b>	<b>K</b>

## 3. Przyczyna przesłania wywiadu epidemiologicznego:

Przyjazd - PKW/ ćwiczenie/szkolenie:  Wyjazd - PKW/ćwiczenie/szkolenie: Dochodzenie epidemiologiczne:  Inne: ..... 

## 4. Dane dotyczące pobytu w kraju i poza granicami państwa przez ostatnie 14 dni:

LP.	Miejsce pobytu	Czas pobytu		Uwagi
		od dnia	do dnia	

5. Kontakt z osobą chorą lub podejrzaną o zachorowanie wywołane SARS-CoV-2 (jeśli tak podać okoliczności): .....

.....

Data ostatniego narażenia lub styczności ze źródłem zakażenia: .....

6. Dzień wystąpienia pierwszych objawów: .....

7. Ostatni dzień pracy/służby: .....

8. Objawy infekcji dróg oddechowych przez ostatnie 14 dni:

- 1) Tempertaura ciała powyżej 38°C      NIE       TAK
- 2) Kaszel      NIE       TAK
- 3) Duszność      NIE       TAK
- 4) Utrata węchu      NIE       TAK
- 5) Utrata smaku      NIE       TAK

6) Inne objawy chorobowe (np.. Biegunka, zapalenie spojówek, katar - opisać):

.....  
.....

9. Badania diagnostyczne w kierunku wirusa SARS-CoV-2:

**\*molekularne RT-PCR:**      NIE       TAK       Data pobrania: .....

Wynik:      ujemny      dodatni      Data wyniku: .....

**\*antygenowe:**      NIE       TAK       Data pobrania: .....

Wynik:      ujemny      dodatni      Data wyniku: .....

Inne badania diagnostyczne w kierunku wirusa SARS-CoV-2 .....

10. Czy chory był izolowany w związku z COVID-19:      NIE       TAK   
od ..... do: .....

11. Czy był w kwarantannie w związku z COVID-19:      NIE       TAK   
od ..... do: .....

12. Szczepienie przeciwko COVID-19:

NIE       TAK       Producent szczepionki: .....

Data 1 dawki szczepionki: .....

Data 2 dawki szczepionki: .....

Czy po podaniu szczepionki przeciw wirusowi SARS-CoV-2 wystąpił niepożądany odczyn poszczepienny NOP:      NIE       TAK

\*Jeśli **TAK** to czy NOP został zgłoszony zgodnie z obowiązującą procedurą zgłaszania NOP po szczepieniu przeciw wirusowi SARS-CoV-2:      NIE       TAK

13. Inne ważne informacje związane z podejrzeniem o zakażenie lub zachorowanie wywołane SARS-CoV-2: .....

.....  
.....

.....  
data i miejsce

.....  
(stopień, imię i nazwisko oraz nazwa stanowiska osoby przeprowadzającej wywiad)