



Wywiad epidemiologiczny - wypełnić w dniu wizyty!

Imię i Nazwisko	
PESEL	

W związku z panującą epidemią zarażeń koronawirusem SARS-CoV-2, powodującym chorobę COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), oświadczam, że:

1. W ciągu ostatnich 14 dni została/nie została* u mnie stwierdzona infekcja koronawirusem
2. W ciągu ostatnich 14 dni zostałem/nie zostałem* skierowany na diagnostykę z powodu podejrzenia infekcji koronawirusem
3. W ciągu ostatnich 14 dni zostałem/nie zostałem* objęty obowiązkiem kwarantanny domowej dla osób z podejrzeniem kontaktu z chorymi na COVID-19
4. W ciągu ostatnich 14 dni przebywałem/nie przebywałem* za granicą,
wpisać kraj:
5. W ciągu ostatnich 14 dni miałem/nie miałem* gorączkę (temperatura ciała powyżej 38°C)
6. W ciągu ostatnich 14 dni miałem/nie miałem* kaszel, który utrzymywał się dłużej niż 1 dzień
7. W ciągu ostatnich 14 dni miałem/nie miałem* inne objawy infekcji/przeziębienia, wymienić:
.....

8. W ciągu ostatnich 2 dni przyjmowałem/nie przyjmowałem* leki wymienione poniżej (proszę podkreślić nazwę leków przyjętych w ciągu ostatnich 2 dni):
Acatar, Acenol, Alka-Prim, Alka-Seltzer, Antidol, Antygrypin, APAP, ApoPatram, Arthrotec, Ascalcin, Aspirin, Babyfen, Biprofenid, Brufen, Calpol, Cefalgin, Cerugrip, Codipar, Coffepirine, Coldrex, Dafalgan, Dampiryna, Deksak, Diclac, Diclo duo, Dicuno, Diclofenac, Doreta, Efferalgan, Excedrin, Encopirin, Etopiryna, Exbol, Febrisan, Febrofen, Fervex, Flu Control, Flustad, GripBlocker, Gripex, Grypolek, Grypostop, Ibalgin, Ibufen, Ibum, Ibumax, Ibupar, Ibuprofen, Ibuprom, Iburapid, Ifenin, Infex, Kettese, Ketonal, Ketoprofen, Ketores, Kidofen, Kopiryna, Majamil, Maxipirin, Metafen, MIG, Modafen, Nefopam, Nurofen, Olfen, Omnipap, Padolten, Palgotal, Panacit, Panadol, Paracetamol, Paramax, Paramax, Paratram, Pedicetamol, Pediprofen, Polopiryna, Poltram, Profenid, Pyralgina, Pyramidon, Realgin, Refastin, Saridon, Sativex, Sinebriv, Skudexa, Solpadeine, Sudafed, Tabcin, Talvosilen, Teraflu, Tramadol, Tramapar, Ultracod, Upsarin, Vicks, Voltaren, Zaldiar

a ponadto inne, niewymienione powyżej leki:

.....
(wymienić wszystkie leki przyjęte w ciągu ostatnich 2 dni)

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń – art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są prawdziwe.

Kraków, dnia..... Podpis pacjenta:
(lub opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić