Kielce dnia………………………………………

Ankieta kwalifikująca pacjenta/klienta Punktu Konsultacyjno-Diagnostycznego przy NZOZ „Nadzieja Rodzinie” do udzielania poradnictwa przed/po teście w kierunku HIV w kontakcie osobistym

Kod pacjenta

Telefon kontaktowy: …………………………………………………………………..

Oświadczam że zostałem poinformowany przez PKD w………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………..……………………………………………………...,  
iż pomimo stosowania środków ochronnych przez PKD oraz przestrzegania wszystkich obowiązujących procedur bezpieczeństwa dotyczących zapobiegania zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 istnieje pewne ryzyko wystąpienia zakażenia, które może skutkować występowaniem poważnych powikłań oraz przeniesieniem zakażenia na inne osoby , w tym rodzinę .

Oświadczam również, że w ciągu ostatnich 14 dni:

1) kontakt z osobami z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 TAK/NIE

2) kontakt z osobami poddanymi kwarantannie, TAK/NIE

3) kontaktu z osobami objętymi nadzorem epidemiologicznym, TAK/NIE

4) PODLEGAM kwarantannie ani nadzorowi epidemiologicznemu, TAK/NIE

5) gorączka (powyżej 37,5), zaburzeń lub utraty węchu, zapalenia spojówek, kaszlu, trudności w oddychaniu, biegunki , innych objawów infekcji wirusowej górnych dróg oddechowych ani objawów paragrypowych, TAK/NIE

6) miałem wykonany test na obecność SARS-Cov-2 TAK/NIE\*

Jeśli Tak - to kiedy, ile razy i z jakim wynikiem ? .............................................................................................

**\*niepotrzebne skreślić**

Godzina wejścia do poradni:…………………

Godzina opuszczenia poradni:………………

Pomiar temperatury…………..

Podpis osoby przeprowadzającej ankietę………………………………………