

## FORMULARZ WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO\*

Data wizyty (DD-MM-RR): .....

Imię i nazwisko: .....

Adres zamieszania: .....

Numer telefonu: .....

PESEL: .....

\*- W imieniu pacjenta pozostającego pod opieką, formularz wypełnia prawny opiekun.

**1. Czy występuje/występował u Pana/Pani w ciągu ostatnich 2 tygodni jeden z poniższych objawów?**

	TAK	NIE
gorączka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
katar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
duszności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osłabienie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uczucie rozbicia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bóle kostno-mięśniowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zapalenie spojówek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ból gardła	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni był/a Pan/Pani objęty/a kwarantanną?**

TAK    NIE  
   

**3. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą u której stwierdzono lub podejrzewano zakażenie COVID-19?**

TAK    NIE  
   

**4. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni podróżował/a Pan/Pani w regionie w którym podejrzewa się utrzymującą transmisję COVID-19?**

TAK    NIE  
   

**5. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą, która wróciła z regionu w którym podejrzewa się utrzymującą transmisję COVID-19?**

TAK    NIE  
   

**6. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni przebywał/a Pan/Pani w jednostce opieki zdrowotnej w której leczono pacjentów zakażonych COVID-19?**

TAK    NIE  
   

**7. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni leczył/a się Pan/Pani w jednostce opieki zdrowotnej (szpital, przychodnia, NZOZ, gabinet zabiegowy/stomatologiczny, pracownia RTG)?**

TAK    NIE  
   

**8. Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni miał/a Pan/Pani bezpośredni kontakt z osobami mającymi przynajmniej jeden z objawów wymienionych w punkcie 1?**

TAK    NIE  
   



9. Czy pracuje Pan/Pani w jednostce opieki zdrowotnej w której leczy się lub wykryto pacjentów zakażonych SARS-COV-2?

TAK      NIE  
     

10. Czy przyjął Pan/Pani w dniu dzisiejszym jakiegokolwiek leki przeciwbólowe?

TAK      NIE  
     

Jeżeli tak to jakie? (proszę podkreślić nazwę leku)

**Zawierające Paracetamol**

(Apap, Panadol, Paracetamol, Vicks, Fervex, Gripex, Etopiryna, , Metafen, Nurofen, Teraflu, Febrisan, Acenol, Calpol, Codipar, Efferalgan, Omnipap, Panacit, Paramax, Pedicetamol, Sinebriv, Flu Control, Grypolek, Cerugrip, GripBlocker, Grypostop, Coldrex, KidofenAntidol, Dafalgan, Paramax, Talvosilen, Ultracod, Solpadeine, Cefalgin, Saridon, Excedrin, Apopatram, Doreta, Exbol, Padolten, Palgotal, Paratram, Poltram, Synrtam, Tramadol, Tramapar, Tabcin, Zaldi)

**Zawierające Ibuprofen i pochodne**

(Ibuprom, Ibum, Metafen, Babyfen, Brufen, Ibalgin, Ibufen, Ibumax, Ibupar, Ibuprofen, Iburapid, Ifenin, Kidofen, MIG, Nurofen, Pediprofen, Flustad, Modafen, Acatar, Infex, Sudafed, Biprofenid, Febrofen, Ketonal, Ketoprofen, Ketores, Profenid, Refastin, Deksak, Kettese, Skudeksa, Diklophenak, DiClac, Dicloduo, Dicuno, Majamil, Olfen, Voltaren, Artrotec)

**Zawierające kwas Acetylosalicylowy**

(Aspiryna, Alcaprim, Alcaseltzer, Aspirin, Encopirin, GripBlocer, Maxipirin, Polopiryna, Pyramidon, Coffepirine, Dampiryna, Kopiryna, Etopiryna, Ekscedrin, Upsarin, Antygrypin, Ascalcin)

**Pozostałe**

(Pyralgina, Pyralgin, Realgin, Nefopam, Sativex)

Inne: .....

11. Jaka jest Pana/Pani temperatura ciała w dni wizyty?

..... \*C

Poświadczanie nieprawdy, a co za tym idzie narażenie osób trzecich na zakażenie koronawirusem COVID-19 oraz umyślne i świadome rozprzestrzenianie chorób zakaźnych podlega obowiązkowi zgłoszenia do odpowiednich organów administracji publicznej. Świadomy/- a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń - Art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego, oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszej ankiecie są prawdziwe oraz zgodne z rzeczywistym stanem.

Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....



**OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA DOTYCZĄCE RYZYKA ZAKAŻENIA  
PATOGENAMI PRZENOSZONYMI DROGĄ KROPELKOWĄ**

Podczas przebywania w gabinecie stomatologicznym, pomimo zastosowania środków ochronnych, może dojść do zakażenia COVID-19 lub innym drobnoustrojem przenoszonym drogą kropelkową. Pacjent (i/lub jego opiekun prawny) rozumie oraz w pełni akceptuje powyższe ryzyko zakażenia, ryzyko wszystkich powikłań COVID-19 w tym nieodwracalne uszkodzenie płuc oraz zgon, a także możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (w tym rodzinę pacjenta).

Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....

Wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych w celu przeprowadzenia wywiadu epidemiologicznego związanego z wizytą w Gabinecie Stomatologiczno-Protetycznym Wyszyńscy. Moja zgoda jest dobrowolna. Mogę w każdej chwili ją wycofać za pośrednictwem poczty elektronicznej wysłanej na adres: [wyszynska.grudzien@gmail.com](mailto:wyszynska.grudzien@gmail.com)

Informujemy, że:

- Administratorem danych osobowych jest Gabinet Stomatologiczno-Protetyczny Wyszyńscy, z siedzibą przy ul. Lubelska 10, 21-100 Lubartów
- Inspektorem Ochrony Danych w Gabinecie Stomatologiczno-Protetycznym Wyszyńscy jest Magdalena Wyszyńska-Grudzień
- Twoje dane osobowe nie zostaną przekazane osobom trzecim
- Twoje dane osobowe będą przechowywane, dopóki nie wycofasz swojej zgody
- Masz prawo dostępu do swoich danych oraz prawo do ich poprawiania, usuwania, ograniczania przetwarzania, prawo do przekazywania danych, prawo do sprzeciwu, prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność prawa przetwarzania, które zostało dokonane na podstawie zgody do czasu jej uzyskania.
- Masz prawo złożyć skargę do organu nadzorczego, jeśli uznasz, że przetwarzanie Twoich danych osobowych narusza zasady ogólnych zasad ochrony danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- Podanie danych osobowych jest dobrowolne, konsekwencją nieprzekazania danych osobowych będzie brak możliwości skontaktowania się z Tobą w celu udzielenia odpowiedzi na wniosek.

Data i podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

.....