

WYWIAD W KIERUNKU OCENY RYZYKA ZAKAŻANIA SARS – CoV-2

Dane pacjenta/ osoby towarzyszącej* PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko pacjenta/osoby towarzyszącej*

(drukowane litery) *Niepotrzebne skreślić

W przypadku osoby towarzyszącej proszę podać nazwisko pacjenta

Miejsce zamieszkania

Numer telefonu do kontaktu

Adres e-mailowy.....

Czy występują u Pani/Pana następujące objawy:	Odpowiedz	Data wystąpienia objawów
Gorączka $\geq 38^{\circ}\text{C}$	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Kaszel	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Trudności z oddychaniem / duszność	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Inne objawy ze strony układu oddechowego (jeśli TAK prosimy wymienić jakie?.....)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Nagła utrata węchu / smaku	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Bóle mięśni/osłabienie mięśni/zmęczenie/obniżenie tolerancji wysiłku	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Ból głowy / ból gardła	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Wymioty / biegunka	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Objawy zapalenia spojówek - swędzenie, pieczenie, zaczerwienienie oczu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Czy było w sezonie jesienno-zimowym 2019/2020 było wykonane szczepienie przeciw grypie?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Czy choruje Pan/ Pani na choroby przewlekłe (jeśli TAK prosimy wymienić choroby)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Wymień:	Od kiedy rozpoznanie:

WYWIAD W KIERUNKU OCENY RYZYKA ZAKAŻANIA SARS – CoV-2

Ocena ryzyka zakażenia koronawirusem (dotyczy ostatnich 14 dni)

Prosimy o wypełnienie bez względu na objawy

Pobyt poza granicami kraju w ciągu ostatnich 14 dni TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Podaj nazwę kraju i miejscowości Czas pobytu Od..... Do.....	Tryb pobytu: Turystyczny <input type="checkbox"/> Służbowy <input type="checkbox"/> Inny <input type="checkbox"/>
Czy miałeś/łaś kontakt z: <input type="checkbox"/> osobą zakażoną lub podejrzaną o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> osobą która w ostatnim czasie przebywała za granicą - proszę podać gdzie przebywała osoba z którą był kontakt i kiedy wróciła.....		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Czy jesteś pracownikiem opieki zdrowotnej pracującym w środowisku, w którym występują ciężkie i ostre infekcje dróg oddechowych o nieznanym przyczynie? Czy miałeś kontakt z pacjentem z objawami ostrej infekcji dróg oddechowych o nieznanym przyczynie?		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
W przypadku kontaktu z osobą zarażoną podejrzaną o zakażenie lub przebywającą poza granicami kraju podaj rodzaj kontaktu: <input type="checkbox"/> dłuższy niż 15 min kontakt „twarzą w twarz” (odległość < 2 metrów) <input type="checkbox"/> wspólne mieszkanie z osobą poddaną kwarantannie lub zakażoną <input type="checkbox"/> bezpośredni kontakt bez zabezpieczenia z wydzielinami osoby zakażonej np. dotykanie użytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej <input type="checkbox"/> przebywanie w bezpośredniej bliskości z osobą chorą przez dowolny czas (bez ochrony, twarzą w twarz) <input type="checkbox"/> bezpośredni kontakt fizyczny z osobą chorą np. podanie ręki		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) Administratorem Państwa danych osobowych jest Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, 02-637 Warszawa, ul. Spartańska 1;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogę się kontaktować w sprawach przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej;

WYWIAD W KIERUNKU OCENY RYZYKA ZAKAŻANIA SARS – CoV-2

- 3) Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) i c) RODO w celu przygotowania do wykonywania zawodu medycznego.
- 4) Państwa dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych).
- 5) Administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) Mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie Administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa.
- 2) Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 3) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości wzięcia udziału w zajęciach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego.
- 4) Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....

Podpis osoby wypełniającej (czytelny) i data

Oświadczam, że nie zataiłem/łam żadnych informacji o stanie mojego zdrowia i podane informacje/odpowiedzi w w/w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

Podpis osoby wypełniającej i data