

KWESTIONARIUSZ dot. COVID-19

(dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są objęte tajemnicą lekarską i służą do kwalifikacji matki dziecka do pobrania krwi pępowinowej/łożyskowej)

Imię i nazwisko matki:

PESEL matki dziecka:

Umowa nr (wypełnia pracownik):

WYPEŁNIA MATKA:

Prosimy o zakreślenie odpowiedzi zgodnie z aktualnie posiadaną i najlepszą wiedzą, zaznaczając „X” przy wybranej opcji odpowiedzi.

1. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodniach zaobserwowała Pani u siebie któreś z poniższych objawów, mogące świadczyć o przebiegu COVID-19:

	TAK (proszę wpisać kiedy)	NIE	NIE PAMIETAM
Gorączka (temperatura powyżej 38 st. C)			
duszność			
suchy kaszel			
ból mięśni lub stawów			
osłabienie			

2. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodniach, ktoś z najbliższej rodziny, z osób z którymi przebywała Pani w bliskim kontakcie (rozmowa w odległości mniejszej niż 2 metry przez 30 minut) miał któreś z wymienionych objawów jak w pkt.1, mogące świadczyć o przebiegu COVID-19?

TAK NIE NIE WIEM

3. Czy była Pani poddana kwarantannie w trakcie pandemii SARS-CoV-2?

TAK NIE

4. Czy była Pani poddana nadzorowi epidemiologicznemu w trakcie pandemii SARS-CoV-2?

TAK NIE

5. Czy wykonywano u Pani badania genetyczne w kierunku obecności wirusa w trakcie pandemii SARS-CoV-2?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać wynik i datę badania:

Data.....

Podpis Matki.....

Data.....

Podpis Lekarza Nadzorującego.....