

Imię i nazwisko Dziecka.....

Data wypełnienia ankiety.....

**WSTĘPNY WYWIAD PROWADZONY W DNIU BADANIA/WIZYTY W PORADNI
PSYCHOLOGICZNO- PEDAGOGICZNEJ NR 24 ODNOŚNIE ZDROWIA
DZIECKA/OPIEKUNA I EWENTUALNEJ MOŻLIWOŚCI
ROZPRZESTRZENIANIA SIĘ COVID-19**

1) Czy dziecko, opiekunowie i inni domownicy w ciągu ostatnich 10 dni mieli kontakt z osobą zakażoną SARS-COV-2 lub chorą na COVID-19 lub przebywającą na kwarantannie z powodu zakażenia SARS-COV-2 ?

TAK

NIE

2) Czy w ciągu ostatnich 10 dni u dziecka, opiekunów lub domowników wystąpiły objawy ostrej infekcji (gorączka lub kaszel lub duszność lub biegunka lub zapalenie spojówek lub brak smaku czy węchu)?

(w przypadku zapalenia spojówek dopytać czy nie jest to objaw alergii co roku występujący w danym okresie)

TAK

NIE

podpis_____

Oświadczam, że jestem świadomy o konieczności poinformowania, jeśli w ciągu kolejnych 10 dni od daty wizyty u dziecka, opiekunów lub innych domowników wynik testu na COVID-19 okaże się być pozytywny.

podpis_____