

**ANKIETA TRIAGE PRZED WIZYTĄ  
W PORADNI SPECJALISTYCZNEJ, W IZBIE PRZYJĘĆ,  
W IZBIE PRZYJĘĆ PEDIATRYCZNEJ,  
W IZBIE PRZYJĘĆ GINEKOLOGICZNEJ**

SPZZOZ w Gryficach  
Ul. Niechorska 27  
72-300 Gryfice

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Imię i nazwisko pacjenta*    |  |
| PESEL pacjenta               |  |
| Nazwa poradni / izby przyjęć |  |
| Data wizyty                  |  |

\* w przypadku wizyt pacjentów do lat 16 lub wymagających opieki, drugą ankietę wypełnia również opiekun / rodzic

| Lp. | Pytanie                                                                                                                           | Odpowiedź |                             |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|
| 1.  | Czy występują lub w ciągu ostatnich 14 dni występowały objawy?                                                                    | NIE       | TAK                         |
| a   | <i>Gorączka (powyżej 37,5 °C)</i>                                                                                                 | NIE       | TAK                         |
| b   | <i>Kaszel (niezwiązany z chorobą przewlekłą)</i>                                                                                  | NIE       | TAK                         |
| c   | <i>Bóle mięśni</i>                                                                                                                | NIE       | TAK                         |
| d   | <i>Bóle głowy</i>                                                                                                                 | NIE       | TAK                         |
| e   | <i>Zapalenie gardła</i>                                                                                                           | NIE       | TAK                         |
| f   | <i>Katar</i>                                                                                                                      | NIE       | TAK                         |
| g   | <i>Utrata węchu, smaku</i>                                                                                                        | NIE       | TAK                         |
| h   | <i>Biegunka i/ lub wymioty</i>                                                                                                    | NIE       | TAK                         |
| 2.  | Czy Pan/Pani przechorowała COVID-19?                                                                                              | NIE       | TAK, data:<br>.....         |
| 3.  | Czy została nałożona izolacja?                                                                                                    | NIE       | TAK                         |
| 4.  | Czy obecnie przebywa Pan/Pani na kwarantannie?                                                                                    | NIE       | TAK                         |
| 5.  | Czy w ciągu ostatnich 14 dni, u współdomowników występowały objawy ujęte w pkt. 1                                                 | NIE       | TAK                         |
| 6.  | Czy współdomownik jest poddany kwarantannie?                                                                                      | NIE       | TAK                         |
| 7.  | Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpił kontakt wysokiego ryzyka (<2 m, bez maski, przez okres > 15 min) z osobą chorą na COVID-19, | NIE       | TAK                         |
| 8.  | Czy Pan /Pani był/a szczepiona na COVID-19                                                                                        | NIE       | TAK, liczba dawek:<br>..... |
| 9.  | Czy cykl szczepień został zakończony >2 tygodni temu.                                                                             | NIE       | TAK                         |

.....  
Podpis pacjenta lub opiekuna prawnego / rodzica