Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy ul. Fabryczna 70, 66-400 Gorzów Wlkp.

Ankieta oceny ryzyka zakażenia koronawirusem

Imię i Nazwisko

PESEL

Numer telefonu do kontaktu, e-mail

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa?

O Tak

O Nie

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

O Tak

O Nie

1. Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym, kwarantanna?

O Tak

O Nie

1. Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

O Tak

O Nie

Inne nietypowe. Proszę podać jakie

1. Czy w ostatnich dwóch tygodniach występowały w/w objawy u Pana(i) lub u kogoś z domowników?

O Tak

O Nie

 Data………………………………………….

 Podpis…………………………………………………………………..