

**FORMULARZ WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO  
REALIZOWANEGO NA POTRZEBY MONITOROWANIA  
ZACHOROWAŃ WYWOŁANYCH NOWYM KORONAWIRUSEM  
(SARS-CoV-2<sup>1</sup>)<sup>2</sup>**

**AN EPIDEMIOLOGICAL INTERVIEW FORM  
FOR THE MONITORING OF DISEASES CAUSED BY NEW  
CORONAVIRUS (SARS-CoV-2)**

1	Dane osobowe / ewidencyjne																		
a	Imię (imiona) Name (Names)																		
b	Nazwisko Surname																		
c	Adres zamieszkania Address																		
d	Miejsce pobytu przez najbliższe 30 dni place of stay for the next 30 days																		
e	Nr telefonu Mobile phone																		
f.	Imię, nazwisko i nr telefonu osoby do kontaktu Name, Surname, phone of the contact person																		
g	Lotnisko docelowe, międzylądowania / trasa powrotu do miejsca pobytu Destination airport, stopovers / return route																		
2	PESEL/NR ID PESEL/ NR ID																		

<sup>1</sup> Aktualizacja nazwy od dnia 14 lutego 2020 r. na podstawie danych ECDC

<sup>2</sup> Aktualizacja formularza z dnia 09.03.2020 r.

3. Daty poprzednich wywiadów epidemiologicznych:  
3. Dates of previous epidemiological interviews
- .....
- .....

4. Dane dotyczące pobytu w kraju i poza granicami państwa od grudnia 2019 r.:  
4. Data on stay in the country and abroad from December 2019.

Lp.	Miejsce pobytu The place of residence	Czas pobytu Visit time		Uwagi Comments
		od dnia from	do dnia to	

5. Objawy infekcji dróg oddechowych od grudnia 2019 r. do dnia wywiadu:  
5. Symptoms of respiratory infections from December 2019 to the date of the interview:  
1) temperatura ciała obecnie lub w wywiadzie powyżej 38°C  
1) current or history of body fever above 38 ° C
- .....

**I. And**

wystąpienie jednego lub więcej objawów choroby układu oddechowego (właściwe podkreślić):

development of one or more symptoms of a respiratory disease (underline as appropriate):

2) kaszel;

1) Cough

2) trudności w oddychaniu

3) breathing difficulties

4) duszność;

4) dyspnea

5) radiologiczne cechy obustronnego zapalenia płuc;

5) radiological features of bilateral pneumonia

**i/lub  
and/or**

- a. zespół ostrej niewydolności oddechowej.  
 a) acute respiratory distress syndrome
- 6) Inne objawy chorobowe (np. biegunka, zapalenie spojówek - opisać).....  
 6) Other disease symptoms (e.g. diarrhea, conjunctivitis - describe)

.....  
 .....

- 7) Badania diagnostyczne w kierunku wirusa SARS-CoV-2:  
 7) Diagnostic tests for SARS-CoV-2 virus:

Nie        Tak       Data pobrania:.....      Date of download:.....  
 No      Yes

Wynik: Ujemny       Dodatni   
 Negative result      Positive result

Data wyniku:.....  
 The date of the result:.....

8. Historia hospitalizacji:  
 8. History of hospitalization

Czy został przyjęty do szpitala z symptomami zapalnymi COVID 2019:  
 Have you been admitted to hospital with inflammatory symptoms of COVID 2019:

Jeśli If so tak: nazwa szpitala hospital name....., Miasto  
 City.....

Data przyjęcia .....  
 Date of admission.....

Czy był izolowany (jeśli tak) – od dnia .....do dnia.....  
 Was it isolated (if so) - from ..... To

Czy przebywał na oddziale intensywnej opieki medycznej:  
 Was he in an intensive care unit ?      Nie       Tak   
 No       Yes

9. Czy był poddany kwarantannie:  
 9. Was he quarantined?

Nie       Tak  od dnia..... do dnia.....  
 No      Yes      from.....to.....

10. Aktualne dolegliwości związane z chorobami zakaźnymi (opisać).....  
10. Current symptoms related to infectious diseases (describe).

11. Kwalifikacja przypadku zachorowania:  
11. Qualification of the case of illness:

Bliski kontakt:  
Close contact:

- jako narażenie personelu w jednostkach opieki zdrowotnej w związku z opieką nad chorym z SARS-CoV-2:

-as exposure of staff in health care units in connection with patient care with SARS-CoV-2

NIE No  TAK Yes

- zamieszkiwanie z pacjentem COVID19: NIE No  TAK Yes   
living with a COVID19 patient

- praca w bliskiej odległości: work in close proximity

NIE  TAK   
No Yes

- podróżowanie wspólnie pacjentem COVID19 dowolnym środkiem transportu:  
-traveling together with a COVID19 patient by any means of transport:

NIE No  TAK Yes

.....  
(data) (DATA)

..... (imię i nazwisko) ( Name/Surname)