

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

1	Dane osobowe / ewidencyjne													
a	Imię (imiona)													
b	Nazwisko													
c	Adres zamieszkania													
d	Miejsce pobytu przez najbliższe 30 dni													
e	Nr telefonu													
f	Imię, nazwisko i nr telefonu osoby do kontaktu													
g	Lotnisko docelowe, międzylądowania / trasa powrotu do miejsca pobytu													
2	PESEL/NR ID													

3. Daty poprzednich wywiadów epidemiologicznych:

.....

.....

.....

.....

<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.

4. Dane dotyczące pobytu w kraju i poza granicami państwa od grudnia 2019 r.:

Lp.	Miejsce pobytu	Czas pobytu		Uwagi
		od dnia	do dnia	

5. Objawy infekcji dróg oddechowych od grudnia 2019 r. do dnia wywiadu:

- 1) temperatura ciała obecnie lub w wywiadzie powyżej 38°C .....
- .....

**(i)**

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

- 2) kaszel;
- 3) trudności w oddychaniu;
- 4) duszność;
- 5) radiologiczne cechy obustronnego zapalenia płuc;

**i/lub**

- 6) zespół ostrej niewydolności oddechowej.

6. Inne objawy chorobowe (np. biegunka, zapalenie spojówek - opisać).....

.....

.....

7. Badania diagnostyczne w kierunku wirusa SARS-CoV-2:

Nie  Tak  Data pobrania:.....

Wynik: Ujemny  Dodatni  Data wyniku:.....

8. Historia hospitalizacji:

Czy został przyjęty do szpitala z symptomami zapalnymi COVID 2019:

Jeśli tak: nazwa szpitala....., Miasto .....

Data przyjęcia .....

Czy był izolowany (jeśli tak) – od dnia .....do dnia.....

Czy przebywał na oddziale intensywnej opieki medycznej: Nie  Tak

9. Czy był poddany kwarantannie:

Nie  Tak  od dnia..... do  
dnia.....

10. Aktualne dolegliwości związane z chorobami infekcyjnymi (opisać).....

.....  
.....

11. Kwalifikacja przypadku zachorowania:

Bliski kontakt:

- jako narażenie personelu w jednostkach opieki zdrowotnej w związku z opieką nad

chorym z SARS-CoV-2: NIE  TAK

- zamieszkiwanie z pacjentem COVID19: NIE  TAK

- praca w bliskiej odległości: NIE  TAK

- podróżowanie wspólnie pacjentem COVID19 dowolnym środkiem transportu:

NIE  TAK

.....

(data)

.....

(imię i nazwisko oraz nazwa stanowiska osoby  
przeprowadzającej wywiad)