

Formularz oceny medycznej

w związku z ryzykiem zakażenia koronawirusem 2019-nCoV (SARS-CoV-2)

Dni wypełniania ankiet: każdy piątek i poniedziałek do g. 10.00.

Imię i nazwisko/lub kod nadany wewnętrznie przez klub	Imię i Nazwisko	
Data badania	dd.mm.rok	
Czy miałeś w ciągu temperaturę ciała powyżej 38,5 °C*	TAK	NIE
Czy planujesz jakiegokolwiek wyjazd za granicę Polski?*	TAK	NIE
UWAGA: Jeżeli wpisałeś TAK, prosimy wskazać do jakiego/ich kraju/ów i w jakich dniach.		
Czy przebywałeś za granicą Polski? *	TAK	NIE
UWAGA: Jeżeli wpisałeś TAK, prosimy wskazać w jakim/ich kraju/ach i w jakich dniach.		
Kaszel (nowy)*	TAK	NIE
Duszność (nowa)*	TAK	NIE
Bliski kontakt z osobą chorującą na Covid*	TAK	NIE
Katar*	TAK	NIE
Ból głowy*	TAK	NIE
Biegunka lub wymioty*	TAK	NIE
Bóle mięśni*	TAK	NIE
Zaburzenia węchu lub smaku*	TAK	NIE
Wysypka lub inne zmiany na skórze *	TAK	NIE
Inne dolegliwości		
UWAGA: Prosimy wymienić jakie lub wpisać „brak”.		

(* niepotrzebne skreślić, dotyczy okresu od dnia wypisania ostatniej ankiety)