

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

IMIĘ I NAZWISKO dziecka	
IMIĘ I NAZWISKO rodzica	
NUMER TELEFONU kontaktowego	Matka:..... Ojciec:.....
Czy występują u Pana/Pani objawy ostrej infekcji dróg oddechowych, takie jak: gorączka, kaszel, duszności?	TAK / NIE
Czy u któregoś z domowników (osób wspólnie zamieszkujących) występują objawy ostrej infekcji dróg oddechowych, takie jak: gorączka, kaszel, duszności?	TAK / NIE
Czy u dziecka w ciągu ostatniej doby występowały objawy chorobowe, takie jak: kaszel, katar, podwyższona temperatura, biegunka?	TAK / NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni dziecko lub ktoś z domowników miał kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (kontakt z przypadkiem potwierdzonym lub prawdopodobnym) lub osobą w kwarantannie bądź izolacji?	TAK / NIE
Czy w okresie ostatnich 14 dni Pan/Pani lub ktoś z domowników został objęty kwarantanną lub izolacją?	TAK / NIE
Data i czytelny podpis	