

Ankieta kwalifikacyjna przyjęcia pacjenta do szpitala:

Imię i nazwisko

PESEL

Objawy COVID 19

Ozdrowienie: TAK NIEJeśli TAK, data **poprzedniego** pozytywnego testu RT-PCR/AntygenowegoCzy pacjent był szczepiony p/COVID19 TAK NIE

Jeśli TAK, nazwa szczepionki, ilość dawek, data ostatniej dawki:

1. Ciśnienie tętnicze: Tętno:

2. SatO2: % Ilość oddechów na minutę:

3. Temperatura ciała: st. C.

4. Stan świadomości:

 Świadomy Reagujący na głos Reagujący na ból Brak reakcji1. Data pierwszych objawów choroby COVID19: Brak danych

2. Data wykonania pozytywnego testu RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2:

3. Data wykonania pozytywnego testu antygenowego:

4. Czy była wykonana TK płuc w ośrodku kierującym: TAK NIE5. W TK cechy zapalenia płuc COVID19: TAK NIE

% zajętego miąższu (jeśli oceniono) %

Choroby współistniejące: TAK NIE BRAK DANYCH Choroby płuc (POChP, astma, rozedma, włóknienie) Niewydolność serca NYHA Nadciśnienie tętnicze Choroba wieńcowa Af/Afl/antykoagulacja Cukrzyca Przebyty udar, zawał. Choroba nowotworowa (jaka?) Wywiad choroby zakrzepowo zatorowej (jaka?)/ antykoagulacja?

Inne/Uwagi:

Zgłaszający:

Ośrodek:

Lekarz:

Nr telefonu:

Uwaga! Wypełnioną ankietę wraz ze skanami dostępnej dokumentacji medycznej (karta informacyjna leczenia szpitalnego, wyniki badań laboratoryjnych/obrazowych itp.) proszę przesłać na adres mailowy **wewnetrzny1b@pirogow.pl**