

**FORMULARZ WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO
REALIZOWANEGO NA POTRZEBY MONITOROWANIA
ZACHOROWAŃ WYWOŁANYCH NOWYM KORONAWIRUSEM
(SARS-CoV-2¹)**

1. Stopień, Imię i nazwisko, imię ojca.....

2. Pesel

3. Daty poprzednich wywiadów epidemiologicznych:

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

l.p.	Miejsce pobytu	Czas pobytu		Uwagi
		od dnia	do dnia	

5. Charakter służby w kraju lub poza granicami państwa - grupa specjalności (opisać np. służba zdrowia, służba żywnościowa):

.....
.....

6. Kontakt z ludnością miejscową związany z pełnieniem służby poza granicami państwa:

1) brak kontaktu;

2) sporadyczny (określić, ile razy i jaki).....

.....

3) częsty (określić orientacyjnie, ile razy w tygodniu i charakter kontaktu z uwzględnieniem osób podejrzanych lub chorych na choroby infekcyjne i mające objawy tj.: gorączka, kaszel, katar, przeziębienie)

.....

¹ Aktualizacja nazwy od dnia 14 lutego 2020 r. na podstawie danych ECDC

7. Kontakt z osobą chorą lub podejrzaną o zachorowanie wywołane SARS-CoV-2 (jeśli tak podać okoliczności):.....

.....

8. Kontakt z ludnością miejscową związany z pełnieniem służby poza granicami państwa w czasie wolnym:

1) wspólne spożywanie miejscowych posiłków;

2) kontakty seksualne;

3) kontakt z osobą chorą lub podejrzaną o zachorowanie wywołane SARS-CoV-2 (jeśli tak podać okoliczności):.....

.....

4) brak kontaktów;

9. Stosowane środki profilaktyki zdrowotnej:

1) środków ochrony indywidualnej (rękawiczki, gogle, maski, kombinezony ochronne);

2) podstawowych zasad higieny (częste mycie rąk);

3) preparatów myjąco - dezynfekcyjnych;

4) inne metody lub preparaty (podać):

.....

10. 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.

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

.....
.....
.....
.....
.....

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

Nie Tak Data pobrania:.....

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

13. 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 dniado dnia.....

Czy przebywał na oddziale intensywnej opieki medycznej: Nie Tak

14. Czy był poddany kwarantannie:

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

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

15. Zachorowania i hospitalizacja w otoczeniu (wypełnia personel medyczny zapewniający zabezpieczenie medyczne poza granicami państwa np. Polskiego Kontyngentu Wojskowego²):

.....

.....

.....

.....

.....

16. Inne ważne informacje związane z podejrzeniem o zakażenie lub zachorowanie wywołane SARS-CoV-2:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16. Kwalifikacja przypadku zachorowania:

1. 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

² Każdy przypadek potwierdzony lub prawdopodobny należy zgłosić do Wojskowego Inspektora Sanitarnego zgodnie z właściwością terytorialną

- podróżowanie wspólnie pacjentem COVID19 dowolnym środkiem transportu:

NIE TAK

2. Przypadek potwierdzony (kryteria laboratoryjne): wykrycie kwasu nukleinowego SARS-CoV-2 z materiału klinicznego potwierdzone badaniem molekularnym ukierunkowanym na inny obszar genomu wirusa:

NIE TAK

3. Przypadek prawdopodobny (kryteria laboratoryjne) co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- dodatni wynik testu w kierunku obecności koronawirusów (pan-coronavirus test)
- niejednoznaczny wynik badania wykrywającego kwas nukleinowy SARS-CoV-2

NIE TAK

.....
(data)

.....
(stopień, imię i nazwisko
oraz nazwa stanowiska osoby
przeprowadzającej wywiad)