

**Ankieta wstępnej kwalifikacji osoby towarzyszącej w porodzie rodzinnym**

PROSZĘ WYPEŁNIAĆ LITERAMI DRUKOWANYMI

Imię i nazwisko:


PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2?      tak/ nie

Jeśli tak, to kiedy (data lub przedział czasowy od-do) .....

Czy w ciągu ostatnich 48 godzin występowały następujące objawy: (odpowiednie zakreślić)

	NIE	TAK	Jeśli TAK – od kiedy początek (data)
Temperatura			
Kaszel			
Duszność			
Utrata smaku i/lub węchu			
Bóle mięśniowo-stawowe			
Inne objawy infekcyjne			

Oświadczam że;

Zapoznałem się z zasadami uczestnictwa w porodzie rodzinnym i zobowiązuję się do ich przestrzegania

Czytelny podpis /data.....

**Karta badania**

Ciepłota ciała .....st. C

Data

godzina

podpis/pieczątka położnej