

KWESTIONARIUSZ OCENY RYZYKA EPIDEMIOLOGICZNEGO

Drogi Rodzicu,

Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia dzieci, opiekunów i pozostałych pracowników placówki, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza.

Imię i nazwisko dziecka:

1. Czy w Państwa najbliższym otoczeniu jest osoba **poddana kwarantannie**?
 Tak Nie
2. Czy w Państwa najbliższym otoczeniu jest **potwierdzony przypadek COVID-19**?
 Tak Nie
3. Czy zdiagnozowano u kogoś z członków rodziny **zakażenie wirusem COVID-19**?
 Tak Nie
4. Czy zaobserwowali Państwo u dziecka któryś z wymienionych **objawów**?

| | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| gorączka (powyżej 38°C) | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| kaszel | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| duszność | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| problemy z oddychaniem | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| ból mięśni | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| zmęczenie | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| katar | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| biegunka | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |
| ból gardła | <input type="checkbox"/> | Tak | <input type="checkbox"/> | Nie |

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych, wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała dziecka.

Data:

Podpis rodzica: