

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

IMIĘ I NAZWISKO MATKI		
NUMER TELEFONU		
Czy występują u Pana/Pani 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-Co V-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		

ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA

IMIĘ I NAZWISKO OJCA		
NUMER TELEFONU		
Czy występują u Pana/Pani 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-Co V-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		