Fundusze Europejskie Program Regionalny | Pomorze Zachodnie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

KRYTERIA WŁĄCZENIA DO PROJEKTU

NIE WYPEŁNIAJ - ZROBI TO RAZEM Z TOBĄ PRACOWNIK LABORATORIUM

Pytanie	Odpowiedź osoby, która ma zostać poddana badaniu	Uwagi
Czy jest Pani/Pan objęta kwarantanną/izolacją ?	TAK / NIE	Jeżeli TAK – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania
Czy jest Pani/Pan pracownikiem medycznym w trakcie postępowania poekspozycyjnego z kontaktu z SARS-CoV-2	TAK / NIE	Jeżeli TAK – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania
Czy w **ciągu ostatnich 24 godzin** występowały następujące objawy: temperatura powyżej 38 st. C, kaszel, duszność	TAK / NIE	Jeżeli jedno lub więcej TAK – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania
Temperatura ciała osoby ankietowanej (temperaturę mierzy rejestratorka w miejscu pobrania)	.....^{0}C	Jeżeli powyżej 38 ^{0}C – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania
Czy znajduje się Pani w przedziale wiekowym 18-59 lat ?	TAK / NIE / NIE DOTYCZY	Jeżeli NIE – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania.
Czy znajduje się Pan w przedziale wiekowym 18-64 lata ?	TAK / NIE / NIE DOTYCZY	Jeżeli NIE – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania.
Czy wyraża Pani/Pan świadomą zgodę na udział w badaniu polegającym na pobraniu krwi przez pielęgniarkę do testowania serologicznego na obecność przeciwciał klasy IgG i IgM.?	TAK / NIE	Jeżeli NIE – należy zakończyć prowadzenie ankiety i nie wykonywać badania

Czytelny podpis pacjenta/uczestnika projektu : .....

KARTA WYWIADU osoby zgłaszającej się do udziału w Programie/ DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

WYPEŁNIJ W KAŻDYM PUNKCIE

Dane Uczestnika

Imię JAN
Nazwisko KOWALSKI
PESEL 99887766555
Płeć: ☒ Mężczyzna ☐ Kobieta
Dane kontaktowe Uczestnika: – Kraj POLSKA ..... Województwo ZACHODNIOPOMORSKIE ..... – Powiat ŁĘKOŁODY ....., Gmina GRZMIĄCOSZCZEWICE ..... – Adres zamieszkania - Ulica POKĄTNA ..... - nr budynku i lokalu 5/5 ..... – Kod pocztowy 10-000 ....., Miejscowość CHRZĄSZCZYŻEWOSZYCE .....