

KWESTIONARIUSZ dot. COVID-19

(dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są objęte tajemnicą lekarską i służą do kwalifikacji matki dziecka do pobrania krwi pępowinowej/łożyskowej)

Imię i nazwisko matki:

PESEL matki dziecka:

Umowa nr:

WYPEŁNIA MATKA:

Prosimy o zakreślenie odpowiedzi zgodnie z aktualnie posiadaną i najlepszą wiedzą, zaznaczając „X” przy wybranej opcji odpowiedzi.

1. Czy przebyła Pani infekcję COVID-19?

TAK NIE NIE WIEM

Jeśli tak, proszę podać, kiedy:

2. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani objawy, mogące sugerować infekcję COVID-19:

	TAK (proszę wpisać kiedy)	NIE	NIE PAMIĘTAM
gorączka (temperaturę powyżej 38 st. C)			
duszność			
suchy kaszel			
ból mięśni lub stawów			
katar			
osłabienie			

3. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani kontakt z osobą, która miała objawy mogące sugerować infekcję COVID-19?

TAK NIE NIE WIEM

4. Czy jest Pani szczepiona przeciwko COVID-19?

TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać ile razy i kiedy była ostatnia dawka:

Data.....

Podpis Matki.....

Data.....

Podpis Lekarza Nadzorującego.....