**ANKIETA DOT. DZIECKA/RODZINY DZIECKA UCZĘSZCZAJĄCEGO DO ŻŁOBKA KUBUŚ I PRZYJACIELE W ZAKRESIE PODEJRZENIA**

**ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM SARS-COV-2**

**Szanowni Państwo,**

Zgodnie z rekomendacją GIS w trosce o bezpieczeństwo Państwa dziecka i całych rodzin oraz personelu placówki prosimy o odpowiedzi na poniższe pytania.

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko dziecka ………………………………. …………………………………………………………………………………………………

PESEL ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono/istnieje podejrzenie zakażenia SARS-CoV-2? **TAK / NIE**

Jeśli tak, to kiedy?.......................................................................................................................................................................................

Jeśli tak, z kim? (proszę podać dane osoby)………………………………………………………………………………………………………

*Co to znaczy, że ktoś miał kontakt z osobą zakażoną nowym koronawirusem?*

* *pozostawał w bezpośrednim kontakcie z osobą chorą lub w kontakcie w odległości mniejszej niż 2 metry przez ponad 15 minut,*
* *prowadził rozmowę z osobą z objawami choroby twarzą w twarz przez dłuższy czas,*
* *osoba zakażona należy do grupy najbliższych osób,*
* *ktoś mieszkał w tym samym gospodarstwie domowym, co osoba chora.*

Czy w ciągu 2 tygodni przebywał Pan/Pani/dziecko/ktoś z domowników za granicą? **TAK/NIE**

Czy Pan/Pani/dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)? **TAK/NIE**

Czy obecnie/w **ciągu ostatnich 2 tygodni** występowały u Pana/Pani/dziecka/kogoś z domowników następujące objawy: **(odpowiednie zaznaczyć)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NIE** | **TAK** | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
| Gorączka |  |  |  |
| Kaszel |  |  |  |
| Duszność/trudności  w oddychaniu |  |  |  |
| Inne nietypowe |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| …………………………………….. | | |  | |  | | …………………………………….. | |
| DATA WYPEŁNIENIA |  |  | |  | | CZYTELNY PODPIS RODZICA | |