

**ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA**  
**OSOBY TOWARZYSZĄCEJ W PORODZIE RODZINNYM**

Imię i nazwisko Pacjentki rodzącej .....

Dane osoby towarzyszącej w porodzie rodzinnym:

Imię i nazwisko:.....

Nr tel./adres e-mail:.....

Wywiad:	NIE	TAK	TAK – od kiedy?
Czy jest Pan obecnie poddany kwarantannie/izolacji?			
Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przebywał/a Pan/Pani w innych szpitalach, placówkach medycznych lub opieki długoterminowej (DPS, ZOL, ZPO)?			
Czy przestrzegał/a Pan/Pani zasad autoizolacji przed 14 dni przed przyjściem do szpitala w postaci higieny rąk, ograniczenia kontaktów społecznych, noszenia maseczki?			
Czy miał Pan bezpośredni kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19?			
Czy miał Pan bezpośredni kontakt z osobą poddaną kwarantannie lub izolacji z powodu COVID-19?			
Czy ktoś z osób z Panem/Panią zamieszkujących ma obecnie lub miał w ciągu ostatniego tygodnia objawy infekcji dróg oddechowych?			
Czy występowały u Pana/Pani objawy infekcji układu oddechowego lub pokarmowego w ciągu ostatnich 14 dni?:			
• Kaszel			
• Dusznosc			
• Bóle mięśniowe, głowy,			
• osłabienie			
• Inne (jakie?)			

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z koronawirusem naraża mnie na odpowiedzialność cywilną oraz karną (art. 165 Kodeksu karnego w związku z § 1 Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 6 maja 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz. U. Z 2019 r. poz. 1239 z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli w celu weryfikacji epidemiologicznej do towarzyszenia pacjentce przy porodzie wobec występującego stanu epidemii wywołanej zakażeniem wirusem SARS CoV-2. Podanie danych jest dobrowolne, jednak skutkiem ich niepodania będzie brak możliwości towarzyszenia pacjentce przy porodzie, w związku ze stanem epidemii COVID-19 na terytorium RP.

Przyjmuję do wiadomości, że administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli.  
Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Klauzuli informacyjnej dostępnej na stronie: [www.szpital-stw.com](http://www.szpital-stw.com).

Data i czytelny podpis osoby towarzyszącej: .....

Stan ogólny osoby towarzyszącej przy przyjęciu:.....

Temperatura.....Godzina.....

Kwalifikacja do uczestnictwa w porodzie rodzinnym:

**pozytywna**

**negatywna**

Data i podpis/pieczątka osoby kwalifikującej:.....