

**Imię i nazwisko** .....

**Data** .....

**Firma** .....

- Wykonamy Odwiedzającym pomiar temperatury po przyjsciu do Firmy - termometr bezdotykowy – Wynik decyduje o możliwości wejścia do firmy (do 37,5 C).

**Wynik** .....

**Niezależnie od tego prosimy udzielić odpowiedzi**

**Główne kryteria kliniczne:**

*1. Czy występują u Pana/Pani objawy takie jak (zaznaczamy jeśli TAK):*

- Gorączka lub występujące naprzemiennie objawy dreszcze/pocenie się lub stan podgorączkowy (temperatura od 37,5)
- Kaszel (najczęściej suchy ale również z odkrztuszaniem wydzieliny)
- Duszność / trudności w oddychaniu
- Żadne z powyższych

*2. Czy występują u Pana/Pani objawy dodatkowe takie jak (zaznaczamy jeśli TAK):*

- Bóle mięśniowe często połączone ze zmęczeniem
- Ból głowy
- Ból gardła
- Wymioty
- Biegunka
- Nagła utrata węchu/smaku
- Objawy zapalenia spojówek (swędzenie, pieczenie, zaczerwienienie oczu)
- Żadne z powyższych

## Uzupełniające kryteria epidemiologiczne:

1. Czy ktoś z najbliższej rodziny ma objawy infekcji?

- TAK
- NIE

2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał Pan/Pani bliski kontakt z osobą, u której rozpoznano lub podejrzewa się zakażenie koronawirusem?

- TAK
- NIE

Uwaga: zaznacz odpowiedź TAK, jeśli Pan/Pani, co najmniej raz odpowie twierdząco:

- czy zamieszkiwał z osobą zakażoną lub przebywającą na kwarantannie, lub
- czy miał bezpośredni kontakt fizyczny z osobą zakażoną (np. podanie ręki), lub
- czy miał bezpośredni kontakt bez zabezpieczania z wydzielinami osoby zakażonej (np. dotykane zużytej chusteczki higienicznej, narażenie na kaszel osoby chorej), lub
- czy przebywał w bezpośredniej bliskości (twarzą w twarz) osoby chorej przez dowolny czas, lub
- czy przebywał w odległości 2 metrów od osoby zakażonej przez czas dłuższy niż 15 minut w innych sytuacjach niż wymienione powyżej, lub
- czy na pokładzie samolotu lub innych zbiorowych środków transportu zajmował miejsca w pobliżu osoby zakażonej (dwa miejsca w każdym kierunku od osoby zakażonej)?
- Żadne z powyższych

## WYNIKI

**Jeśli odpowiedź na wszystkie pytania negatywna to może odwiedzać IPS.**

Informujemy, że powyższe dane wykorzystamy jedynie w celu umożliwienia wizyty w naszej Spółce. Formularz zostanie zniszczony po 30 dniach od daty wizyty.

.....  
**Data i podpis opiekuna**

.....  
**Data i podpis osoby wizytującej**