

# ANKIETA OCENY RYZYKA ZAKAŻENIA COVID-19

Imię i nazwisko dziecka: .....

1. Czy Pana/Pani dziecko miało kontakt z osobą chorą z potwierdzonym zakażeniem koronawirusem?

TAK  NIE

2. Czy Pana/Pani dziecko miało kontakt z osobami, które powróciły z obszarów zagrożenia, w których stwierdzono wystąpienie zakażenia koronawirusem w okresie ostatnich 14 dni?

TAK  NIE

3. Czy Pana/Pani dziecko było w obszarach występowania koronawirusa w ciągu 14 dni przed wystąpieniem objawów chorobowych?

TAK  NIE

4. Czy aktualnie dziecko ma objawy infekcji dróg oddechowych, tj. występowanie jednego lub więcej objawów choroby układu oddechowego, kaszel, duszność, trudności z oddychaniem lub radiologiczne objawy zapalenia płuc?.

TAK  NIE

5. Czy dziecko było zaszczepione przeciw grypie przed sezonem jesiennie-zimowym?

TAK  NIE

Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna: .....

(Podpis)