

Fizjoterapia- COVID 19 -pacjenci

1. Fizjoterapeuta przeprowadza ankietę z **każdym pacjentem** zarówno podczas rozmowy telefonicznej jak i z pacjentem, który pojawił się osobiście (zał. nr 1)
2. W momencie przyjmowania pacjenta każdego dnia fizjoterapeuta przeprowadza z pacjentem wywiad zgodnie z treścią „Ankiety Wstępnej Kwalifikacji” i każdego dnia zabiegowego pacjent ma obowiązek podpisać treść tej ankiety. Ankieta podpisana przez pacjenta stanowi część dokumentacji pacjenta która jest przechowywana w CM ARNICA.
3. Po uzyskaniu przez pacjenta potwierdzenia , że:
 - * przebywał w kraju transmisji
 - * i/lub miał kontakt z osobą u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2
 - *oraz występują objawy takie jak: gorączka powyżej 38 stopni Celsjusza, kaszel duszności

Fizjoterapeuta dzwoni po pracownika rejestracji, który przychodzi ubrany w maseczkę, gogle, rękawiczki i przynosi maseczkę dla pacjenta. Dalsze postępowanie wg procedury Rejestracja-COVID19-pacjenci.

ZALECENIA DODATKOWE:

- ✓ Fizjoterapeuta w sytuacjach bezpośredniego kontaktu z ciałem pacjenta pracuje w rękawiczkach jeśli jest to możliwe.

ANKIETA WSTĘPNEJ KWALIFIKACJI

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	PESEL									
Numer telefonu do kontaktu										
E-mail										

- 1) Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i) w rejonach transmisji koronawirusa? (lista krajów publikowana codziennie na stronie www.gis.gov.pl)
 Tak
 Nie
- 2) Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?
 Tak
 Nie
- 3) Czy Pan(i) dziecko/podopieczny lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?
 Tak
 Nie
- 4) Czy obecnie występują u Pana(i) lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe) - jakie?
 Tak
 Nie
- 5) Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników?
 Tak
 Nie

nr	Data	Czytelny podpis
1		
2		
3		
4		
5		