

**KWESTIONARIUSZ
OCENY RYZYKA EPIDEMIOLOGICZNEGO**

Drogi Rodzicu,

Mając na względzie potrzebę zachowania ochrony zdrowia dzieci, opiekunów i pozostałych pracowników placówki, zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza.

Imię i nazwisko dziecka:

1. Czy w Państwa najbliższym otoczeniu jest osoba **poddana kwarantannie**?
 Tak Nie
2. Czy w Państwa najbliższym otoczeniu jest **potwierdzony przypadek COVID-19**?
 Tak Nie
3. Czy zdiagnozowano u kogoś z członków rodziny **zakażenie wirusem COVID-19**?
 Tak Nie
4. Czy zaobserwowali Państwo u dziecka któryś z wymienionych **objawów**?

gorączka (powyżej 38°C)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
kaszel	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
duszność	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
problemy z oddychaniem	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
ból mięśni	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
zmęczenie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
katar	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
biegunka	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
ból gardła	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Oświadczam, że podane powyżej informacje są zgodne z prawdą.

W przypadku wystąpienia niepokojących objawów chorobowych, wyrażam zgodę na pomiar temperatury ciała dziecka.

Data:

Podpis rodzica: