

## DOTAZNÍK PACIENTA – OČKOVÁNÍ PROTI COVID-19

**Vyplňte prosím dotazník a odevzdejte sestře**

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo pacienta:

**Prodělal jste již COVID-19?** ANO NE

Datum prvního pozitivního výsledku \_\_\_\_\_

Kdy byla ukončena izolace \_\_\_\_\_

Byl jste kvůli COVID-19 hospitalizován? ANO NE

Aktuální tělesná teplota \_\_\_\_ °C

**Měl/a jste v posledních 7 dnech nějaký z následujících příznaků:**

Zvýšená tělesná teplota (>37,5°C) nebo zimnice ANO NE

Kašel, dušnost nebo zhoršení dušnosti? ANO NE

Ztráta chuti nebo čichu? ANO NE

Jste v karanténě? ANO NE

Byl/a jste v posledních 14 dnech v kontaktu s někým s potvrzeným COVID-19?  
ANO NE

Pálení či řezání při močení? ANO NE

Průjem? ANO NE

Jiné příznaky akutního infekčního onemocnění ANO NE

Máte **alergii na nějaký lék, jinou látku, potravinu, vakcínu?** ANO NE

Máte aktivní autoimunitní onemocnění? ANO NE

**Pro ženy:**

Jste těhotná? ANO NE

Datum:

Podpis:

Validace dotazníku (razítko):

Pokud je kterákoliv odpověď ANO, sestra informuje lékaře, který stanoví další postup.