**WNIOSEK O ZGODĘ NA UDZIAŁ W PORODZIE RODZINNYM W STANIE EPIDEMII COVID-19[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA WNIOSKU** | **IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI** | **ODDZIAŁ / TRAKT PORODOWY** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA PORODU** | **IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UCZESTNICZĄCEJ W PORODZIE RODZINNYM** | **OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE:*** na terenie Szpitala noszę maseczkę zakrywającą nos i usta
* **warunkiem udziału w porodzie jest wypełnienie ankiety wywiadu epidemiologicznego, poddanie się pomiarowi temperatury ciała oraz poddanie się badaniu w kierunku SARS-CoV-2 za pomocą Rapid Test Device**
* wypełniona ankieta epidemiologiczna jest zgodna ze stanem faktycznym

 (podpis osoby wnioskującej)) |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DATA ROZPATRZENIA** | **ZGODA –** autoryzacja | **BRAK ZGODY –** uzasadnienie, autoryzacja |
|  |  |  |

**ANKIETA WYWIADU EPIDEMIOLOGICZNEGO DLA OSOBY UCZESTNICZĄCEJ W PORODZIE RODZINNYM W SPSK NR 4[[2]](#footnote-2)**

Imię i nazwisko:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Telefon kontaktowy: ………………………………………………………………………………………

Status uodpornienia (odpowiednie zakreślić):

Osoba po pełnym cyklu szczepienia przeciwko COVID – 19: TAK / NIE

Osoba po przechorowaniu COVID – 19 (do 180 dni od przechorowania): TAK / NIE

Czy w okresie ostatnich 10 dni miał/a Pani/Pan kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie SARS-CoV-2? TAK / NIE

Jeśli tak to kiedy (data lub przedział czasowy od-do)? ……………………………………………

Jeśli tak to z kim (proszę podać dane osoby)? …………………………………………………

Czy w okresie ostatnich 10 dni miał/a Pani/Pan kontakt z osobą poddaną izolacji / kwarantannie? TAK / NIE

Jeśli tak to kiedy (data lub przedział czasowy od-do)? ……………………………………………

Jeśli tak to z kim (proszę podać dane osoby)? …………………………………………………

Czy w ciągu ostatnich 24 godzin występowały następujące objawy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **NIE** | **TAK** | Jeśli TAK – od kiedy początek (data) |
| Temperatura powyżej 38°C |  |  |  |
| Kaszel |  |  |  |
| Duszność |  |  |  |
| Nagła utrata węchu |  |  |  |
| Nagła utrata smaku |  |  |  |

Data: ……………… Czytelny podpis osoby wnioskującej: …………………………………………

Wynik badania w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 wykonanego za pomocą Rapid Test Device (Nasopharyngeal)

Wynik badania: negatywny pozytywny wątpliwy

Data wykonania testu:……………………………… …………………………………………

pieczątka i podpis osoby odczytującej wynik testu, jednostka organizacyjna

1. Biorąc pod uwagę kolejne etapy znoszenia obostrzeń związanych z epidemią COVID-19, pisma Rzecznika Praw Pacjenta RzPP-DSD.420.60.2020 z dnia 25.05.2020r. oraz Dyrektora Wydziału Zdrowia Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego ZDII.960.16.2020 z dnia 03.06.2020r. , skierowane do wszystkich podmiotów leczniczych w sprawie wprowadzonych, zgodnie z prawem, ograniczeń praw pacjenta, a przede wszystkim mając na względzie potrzebę zapewnienia pacjentom i ich rodzinom osobistego kontaktu, Szpital wprowadza niniejszy wzór i procedurę odwiedzin. Szpital rozpatruje niniejsze wnioski, przesłane tylko w dni robocze do godz. 14:00 na adres e-mail: odwiedziny@spsk4.lublin.pl W innym czasie - jedynie w pilnych, uzasadnionych przypadkach, zgody telefonicznie może udzielić lekarz dyżurny oddziału szpitalnego (zebranie wywiadu telefonicznie, ciepłota przy wejściu do oddziału) [↑](#footnote-ref-1)
2. Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, że zatajenie istotnych informacji związanych z wirusem SARS-CoV-2 naraża mnie na odpowiedzialność cywilną (odszkodowawczą), a w przypadku gdy okaże się, ze jestem chora/y – również na odpowiedzialność karną [↑](#footnote-ref-2)