



AKTUALICJA ANKIETY EPIDEMIOLOGICZNEJ

Data

W celu monitoringu stanu zdrowia uczestników i przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się epidemii Covid-19 należy aktualizować dane, które następnie są przekazywane przez zawodnika/kapitana/kierownika organizatorowi zawodów.

W przypadku podejrzenia zagrożenia zdrowotnego dane są analizowane, podejmowane są procedury bezpieczeństwa, a informacje po konsultacji lekarskiej mogą być przekazywane do SANEPiD.

1. Czy w ciągu ostatnich 14 dni zaobserwowała/ł Pani/Pan u siebie objawy infekcji układu oddechowego, takie jak: gorączka, kaszel, bóle mięśni, bóle głowy, duszności, problemy z oddychaniem?
2. Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pani/Pan kontakt z osobą zarażoną, bądź z podejrzeniem zarażenia COVID-19?
3. Czy w obecnej chwili występuje u Pani/Pana podwyższona temperatura ciała powyżej 38 stopni Celsjusza ? (badania należy przeprowadzić w punkcie pomiaru lub samemu)

L. P.	Zawodnik/uczestnik : Nazwisko, Imię	Gr.	Pkt. 1	Pkt.2	Pkt. 3	Podpis
1			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
5			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
6			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
7			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
8			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
9			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
10			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

Właściwie zaznaczyć X