*Załącznik nr 1 do Procedury dla pracowników pedagogicznych*

*PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ NR 7 W LUBLINIE*

*pracujących w systemie pracy stacjonarnej*

*w okresie epidemii COVID-19*

*Pieczątka poradni data…………………….*

**ANKIETA WSTĘPNA PRZED WIZYTĄ W PORADNI**

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO ………………………………………………………………………………………………..

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia dziecka/klasa ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu do kontaktu …………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni przebywał(a) Pan(i)/ dziecko/podopieczny/ któryś z domowników, za granicą w rejonach transmisji koronawirusa?

 ⃝ Tak

 ⃝ Nie

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)/dziecko kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie wirusem SARS CoV-2?

 ⃝ Tak

 ⃝ Nie

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i) lub dziecko kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?

⃝ Tak

 ⃝ Nie

1. Czy Pan(i), dziecko lub ktoś z Państwa domowników jest obecnie objęty nadzorem epidemiologicznym (kwarantanna)?

⃝ Tak

 ⃝ Nie

1. Czy obecnie występują u Pana(i), dziecka lub któregoś z domowników objawy infekcji (gorączka, kaszel, katar, wysypka, bóle mięśni, bóle gardła, inne nietypowe)?

⃝ Tak

 ⃝ Nie

1. Czy obecnie lub ostatnich dwóch tygodniach występują, występowały w/w objawy u kogoś z domowników ?

⃝ Tak

 ⃝ Nie

Rodzic/prawny opiekun został poinformowany o zasadach przeprowadzania diagnozy i wyraził na nią zgodę.

 ……………………………………….……………………………………. podpis osoby przeprowadzającej ankietę

*Załącznik nr 2 do Procedury dla pracowników pedagogicznych*

*PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ NR 7 W LUBLINIE*

*pracujących w systemie pracy stacjonarnej*

*w okresie epidemii COVID-19*

*Pieczątka poradni data…………………….*

**ANKIETA AKTUALIZACYJNA W DNIU WIZYTY**

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO ………………………………………………………………………………………………..

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu do kontaktu …………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)lub dziecko kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2?

 ⃝ Tak

 ⃝ Nie

1. Czy w okresie ostatnich 14 dni miał(a) Pan(i)lub dziecko kontakt z osobą, która przebywała w rejonach transmisji koronawirusa?

⃝ Tak

 ⃝ Nie

1. Czy występują u Pana(i) i dziecka objawy?

 ⃝ Gorączka powyżej 38˚C Wynik pomiaru rodzic ………………….. Wynik pomiaru dziecko ……………………

 ⃝ Kaszel

 ⃝ Uczucie duszności - trudności w nabraniu powietrza

…………………………………………..……..…… ……………………………………….……………………………………. Data czytelny podpis rodzica/opiekuna