

**KARTA OCENY RYZYKA WYSTĄPIENIA ZAKAŻENIA
PRZY PRZYJĘCIU PACJENTA DO SZPITALA** (aktualizacja z dnia 11.04.2022r.)

Imię i nazwisko pacjenta WIEK.....

Data przyjęcia do szpitala

CZYNNIKI RYZYKA W CHWILI PRZYJĘCIA DO SZPITALA	TAK	NIE
Wiek powyżej 75 lat lub < 2 lat / ciąża		
Szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B		
Szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A		
Hospitalizacja w innych placówkach medycznych w ostatnich 6 miesiącach		
Zabiegi operacyjne, badania inwazyjne wykonane < 6 miesięcy przed hospitalizacją (stomatologia, ginekologia, chirurgia, urologia, okulistyka, inne)		
Zabiegi inwazyjne przed hospitalizacją w ostatnich 6 miesiącach (iniekcje, cewki naczyniowe, dawca krwi, biopsja, endoskopia, wlewy kroplowe), także w gabinetach prywatnych		
Zabiegi kosmetyczne (manicure, pedicure, tatuaże, kolczykowanie itp.)		
Przewlekłe zakażenie (np. wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica, HIV/AIDS)		
Cukrzyca		
Antybiotykoterapia < 3 miesięcy przed hospitalizacją		
Choroba nowotworowa		
Palenie tytoniu inne nałogi		
Kontakt z osobą, u której stwierdzono zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 lub przebywanie/ praca w jednostkach opieki zdrowotnej, w których leczono pacjentów zakażonych SARS-CoV-2 (podać datę kiedy był kontakt)		
Czy jest Pani/Pan ozdrowieńcem (podać datę zakażenia SARS-CoV-2)		
Czy w dniu wizyty występują u Pani/ Pana/ dziecka objawy chorobowe: gorączka, stan podgorączkowy, kaszel, duszności, trudność w oddychaniu, bóle mięśni, nieżyt nosa, ból gardła, ból zatok, utrata węchu lub smaku lub inne. Jeżeli występują należy zakreślić jakie objawy występują.		
Czy jest Pani/Pan zaszczepiony przeciw COVID-19 (podać czy I czy II dawkami)		
Czy dziecko posiada obowiązkowe szczepienia zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych (jeżeli nie posiada wymienić jakie)		
Inne (wymienić jakie)		
RAZEM		

Każda odpowiedź = 1 pkt. GRUPA RYZYKA: I-0 punktów; II- 1-2 punkty; III – 3 punkty; IV - > 3 punktów

Chorego zakwalifikowano do grupy ryzyka z liczbą punktów

DATA WYPEŁNIENIA

IMIĘ I NAZWISKO, PODPIS OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ