



**POLTRANSPLANT**  
CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE  
DS. TRANSPLANTACJI

-----  
Nazwa podmiotu leczniczego zgłaszającego potencjalnego dawcę/biorcę

data: -----

## Koronawirus SARS-CoV-2

### Ankieta potencjalnego dawcy/potencjalnego biorcy\* narządów i tkanek

Imię i Nazwisko potencjalnego dawcy/biorcy\*: -----

PESEL: -----

1. Czy potencjalny dawca/biorca\* miał w ostatnim czasie kaszel, duszność lub gorączkę ponad 38°C?

NIE                                       TAK                                       NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

2. Czy potencjalny dawca/biorca\* miał w ostatnim czasie lub ma zapalenie płuc?

NIE                                       TAK                                       NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

3. Czy potencjalny dawca/biorca\* miał bliski kontakt z podejrzanym lub zakażonym koronawirusem SARS-CoV-2?

NIE                                       TAK                                       NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

4. Czy potencjalny dawca/biorca\* chorował na COVID (ozdrowienie)?

NIE                                       TAK                                       NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

5. Czy potencjalny dawca/biorca\* przebywa/przebywał\* na kwarantannie z powodu podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2?

NIE                                       TAK                                       NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

6. Czy potencjalny dawca/biorca\* należał/należy\* do personelu medycznego?

NIE                                       TAK                                       NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

7. Czy potencjalny dawca/biorca\* mieszkał/mieszka\* lub pracował/pracuje\* w domu pomocy społecznej lub zakładzie opiekuńczo- leczniczym?

NIE                                       TAK                                       NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

Uwagi: -----

-----  
Podpis osoby wypełniającej ankietę: -----

\*niewłaściwe skreślić