



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 u potencjalnego dawcy/biorcy* wystąpił w ostatnim czasie kaszel, duszność, gorączka (temp. ponad 38°C),
utrata węchu lub smaku o nagłym początku?

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 osobą, u której podejrzewano lub potwierdzono zakażenie
koronawirusem SARS-CoV-2?

NIE TAK NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

4. Czy potencjalny dawca/biorca* chorował na COVID-19 (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: -----

8. Czy potencjalny dawca/biorca* był szczepiony przeciw COVID-19

NIE TAK NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły***: -----

Uwagi: -----

Podpis osoby wypełniającej ankietę: -----

*niewłaściwe skreślić; **np. data ostatniego testu genowego lub antygenowego; ***np. data szczepienia