



POLTRANSPLANT
CENTRUM ORGANIZACYJNO-KOORDYNACYJNE
DS. TRANSPLANTACJI

Nazwa podmiotu leczniczego zgłaszającego potencjalnego dawcę

data: -----

Koronawirus SARS-CoV-2

Ankieta potencjalnego zmarłego dawcy narządów i tkanek

Imię i Nazwisko potencjalnego dawcy: -----

PESEL: -----

1. Czy potencjalny dawca miał w ostatnim czasie takie objawy jak kaszel, duszność, osłabienie lub czy ma obecnie gorączkę ponad 38°C

NIE TAK NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

2. Czy potencjalny dawca miał w ostatnim czasie lub ma zapalenie płuc?

NIE TAK NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

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

NIE TAK NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

4. Czy potencjalny dawca chorował na COVID (ozdrowieniec)?

NIE TAK NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

5. Czy potencjalny dawca przebywa lub przebywał na kwarantannie z powodu podejrzenia zakażenia SARS-CoV-2?

NIE TAK NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

6. Czy potencjalny dawca należał do personelu medycznego?

NIE TAK NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

7. Czy potencjalny dawca mieszkał lub pracował w domu pomocy społecznej lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym?

NIE TAK NIE WIADOMO

Jeśli TAK, szczegóły: -----

Uwagi: -----

Podpis osoby wypełniającej ankietę: -----