



Tytuł projektu: Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy

## FORMULARZ WYWIADU Z PACJENTEM DO PROJEKTU REHABILITACJI POCOVIDOWEJ

Nr telefonu, z którego zadzwoniono do pacjenta	
Data i godzina wykonania telefonu	

Imię i Nazwisko: .....

PESEL: .....

1. Czy wyraża Pan/Pani chęć i gotowość do dalszej diagnozy w SCM z Kup? TAK/NIE

2. Czy przeszedł Pan/Pani Covid-19? TAK/NIE/NIE WIEM

3. Czy miał Pan/Pani robiony test na obecność wirusa COVID-19?  
.....

4. Czy był Pan/Pani na izolacji? TAK/NIE

5. Czy był Pan/Pani na kwarantannie? TAK/NIE

Kwarantanna związana była z (zakażeniem w pracy, zakażeniem kogoś z domowników itd.)  
.....

6. Jak wyglądał Pana/Pani przebieg choroby (jaki szpital, jaki oddział, jak długo)?  
.....

7. Czy Pan/Pani odczuwa skutki wskazujące na powikłania po przebytych COVID-19, jeżeli tak to proszę krótko opisać objawy?  
.....

Po przeprowadzonym wywiadzie z Panem/Panią lekarz przeanalizuje Pana/Pani dane, by następnie móc wystawić i przesłać skierowanie na badania laboratoryjne.

.....  
Podpis osoby przeprowadzającej rozmowę telefoniczną

W oparciu o Kwestionariusz oceny funkcjonalnej pacjenta po COVID-19 (skala PCFS) oraz przeprowadzony wywiad lekarski i na podstawie oceny motywacji pacjenta do uczestnictwa w programie rehabilitacji po COVID-19, stwierdzam, że pacjent odczuwa/ nie odczuwa\* skutki wskazujące na powikłania po przebytych COVID-19 i kieruje/ nie kieruje\* pacjenta na badania laboratoryjne i do dalszej diagnostyki w Stobrawskim Centrum Medycznym Sp. z o. o. w Kup.

\*zaznaczyć odpowiednią odpowiedź

.....  
Data, podpis i pieczęć lekarza