

## FORMULARZ WYWIADU Z PACJENTEM DO PROJEKTU REHABILITACJI POCOVIDOWEJ

<b>Nr telefonu, z którego zadzwoniono do pacjenta</b>	
<b>Data i godzina wykonania telefonu</b>	

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 kieruję/ nie kieruję\* 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*