**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?

…………………………………………………………………………………………………………

1. Czy był Pan/Pani na izolacji? TAK/NIE
2. Czy był Pan/Pani na kwarantannie? TAK/NIE

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

…………………………………………………………………….………..………………………….

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

…………………………………………………………………………………………………………

1. Czy Pan/Pani odczuwa skutki wskazujące na powikłania po przebytym 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 przebytym 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 odpowiedz

………..…………………………………………………………

*Data, podpis i pieczęć lekarza*