



OŚWIADCZENIE MONITORA
DOTYCZĄCE PROWADZENIA WIZYTY W OKRESIE OBOWIĄZYWANIA STANU
EPIDEMII

Bydgoszcz, dnia.....

Nazwisko i imię

Firma.....

Nr badania, którego wizyta dotyczy.....

Adres korespondencyjny

Telefon

Oświadczam że:

1. jestem świadomy/a faktu, iż realizuję swoje zadania na terenie Szpitala w okresie obowiązywania **stanu epidemii**, wprowadzonego w związku z zakażeniami wirusem **SARS-CoV-2**, ogłoszonego *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii* (Dz.U.2020.491); w związku z tym oświadczam, że znane mi są ryzyka, które niesie za sobą choroba COVID-19 i jestem świadomy/a istniejącego zwiększonego ryzyka ekspozycji na potencjalne czynniki chorobotwórcze w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Bizieła w Bydgoszczy,
2. znane mi są wprowadzone procedury bezpieczeństwa w zakresie zapobiegania rozprzestrzeniania się zakażenia SARS-CoV-2 obowiązujące w Szpitalu oraz dostępne na terenie Kliniki/Oddziału/Zakładu, a także aktualne wytyczne przeciwepidemiczne obowiązujące w kraju, a publikowane na stronach Głównego Inspektora Sanitarnego/ Ministerstwa Zdrowia i zobowiązuje się do ich stosowania;
3. zobowiązuje się do bezzwłocznego przekazania Szpitalowi bieżących informacji o sytuacjach związanych z narażeniem na zakażenie SARS-CoV-2 (w szczególności dotyczy to sytuacji, gdy powzięta zostanie przeze mnie informacja o styczności z osobą zakażoną w okresie obejmującym zakaźność tj. 1-14 dni od kontaktu, w odniesieniu do daty wizyty w Szpitalu);
4. **WERYFIKACJA w zakresie COVID-19 * -proszę wybrać i uzupełnić właściwą opcję**

punkt a : dotyczy niezdiagnozowanych przypadków w kierunku zakażenia SARS-CoV-2;

punkt b i c : dotyczy przypadków, u których stwierdzone zostało zakażenie SARS-CoV-2 i zostały uznane za osobę zdrową (**b**- osoby z objawami COVID-19, **c** - przypadki bezobjawowe)

a. test PCR

Przedstawiony przeze mnie ujemny wynik **testu PCR na obecność wirusa SARS-CoV-2**,

wykonany został przez(nazwa laboratorium),

dnia....., nr wyniku.....

b. Oświadczenie dla osób, które przechorowały COVID -19 (przypadki objawowe)*

Oświadczam, że chorowałem/am na COVID-19 /zakażenie wywołane SARS-CoV-2, ale zostałem/am uznany/a za ozdrowieńca. Ostatni dzień, w którym występowały u mnie objawy chorobowe to (*proszę wpisać datę*).

c. Oświadczenie dla osób, które przechorowały COVID-19 (potwierdzone przypadki bezobjawowe)*

Oświadczam, że przebyłem/am zakażenie wywołane SARS-CoV-2, ale zostałem/am uznany/a za ozdrowieńca. Zakażenie zostało u mnie potwierdzone testem diagnostycznym wykonanym przez(*nazwa laboratorium*),
dnia....., nr wyniku.....

d. Oświadczenie dla osób po pełnym cyklu szczepienia (czternasta doba po ostatniej dawce)

Oświadczam, że przeszedłem/ przeszałam wymagany cykl szczepień przeciwko COVID-19. Ostatnią dawkę szczepionki przyjąłem/przyjęłam w dniu

.....
data i podpis Monitora*

.....

data i podpis odbierającej Oświadczenie i weryfikującej poprawność danych (w tym wynik testu PCR/ Zaświadczenia o przebyciu szczepienia)

**niepotrzebne skreślić*