

	OŚWIADCZENIE MONITORA DOTYCZĄCE PROWADZENIA WIZYTY W OKRESIE OBOWIĄZYWANIA STANU EPIDEMII
---	--

Bydgoszcz, dnia.....

Nazwisko i imię

Nazwa Uczelni.....

Nr badania w Rejestrze Badań Naukowych*.....

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 Bizuela w Bydgoszczy;
2. znane mi są 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 bezwzględnego 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 COVID -19 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 i b : dotyczy przypadków, u których stwierdzone zostało zakażenie SARS-CoV-2 i zostały uznane za osobę zdrową [**a**- osoby z objawami COVID-19, **b** - przypadki bezobjawowe]

- a. **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).

*- numer jest podany w dokumencie wyrażającym zgodę Dyrekcji na prowadzenie Badań (formularz pn.: **OPINIA DYREKCJI WS. WYRAŻENIA ZGODY NA PROWADZENIE BADAŃ NAUKOWYCH NA TERENIE SZPITALA**)

**niepotrzebne skreślić

b. 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.....

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

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

5. Wywiad epidemiologiczny

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNY			
lp	Pytania	TAK	NIE
1.	Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni miała Pani/miał Pan dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2?		
2.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/ miał Pan bliski kontakt lub mieszka z osobą, która uzyskała dodatni wynik testu genetycznego lub antygenowego w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub mieszka z osobą, która miała w tym okresie objawy COVID-19(wymienione w pkt. 3-5)?		
3.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni miała Pani/miał Pan podwyższoną temperaturę ciała lub gorączkę?		
4.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występował u Pani/Pana nowy utrzymujący się kaszel lub nasilenie kaszlu przewlekłego z powodu rozpoznanej choroby przewlekłej?		
5.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni występowała u Pani/Pana utrata węchu lub odczucia smaku?		
6.	Czy w ciągu ostatnich 14 dni wróciła Pani/ wrócił Pan z zagranicy (strefa czerwona)?		
7.	Czy Pani/Pan czuje dzisiaj przeziębienie lub ma biegunkę/wymioty?		

.....
data i podpis odbierającej Oświadczenie
i weryfikującej poprawność danych

.....
data i podpis Badacza

*- numer jest podany w dokumencie wyrażającym zgodę Dyrekcji na prowadzenie Badań
(formularz pn.: **OPINIA DYREKCJI WS. WYRAŻENIA ZGODY NA PROWADZENIE BADAŃ NAUKOWYCH NA TERENIE SZPITALA**)

**niepotrzebne skreślić

*- numer jest podany w dokumencie wyrażającym zgodę Dyrekcji na prowadzenie Badań
(formularz pn.: **OPINIA DYREKCJI WS. WYRAŻENIA ZGODY NA PROWADZENIE BADAŃ NAUKOWYCH NA TERENIE
SZPITALA**)

**niepotrzebne skreślić