

**Zarządzenie nr 48/2019/2020**  
**Kanclerza Akademii Wychowania Fizycznego**  
**Józefa Piłsudskiego w Warszawie**  
**z dnia 3 sierpnia 2020 r.**

**w sprawie:** rozszerzenie obostrzeń w związku z pandemią COVID-19

§ 1

Wprowadzam zakaz odwiedzin i wejść do Domu Studenckiego „Męskiego” przez osoby niezakwaterowane we wskazanym domu studenckim oraz i zakaz odwiedzin i wejść do Domu Studenckiego „Żeńskiego” przez osoby niezakwaterowane we wskazanym domu studenckim.

§ 2

Każdy z zakwaterowanych ma obowiązek wypełnienia ankiety, która jest załącznikiem nr 1 do Zarządzenia nr 48/2029/2020.

§ 3

Jednocześnie przypominam o obowiązku dezynfekcji rąk przez mieszkańców wchodzących do domów studenckich i obowiązkowym poruszaniu się poza pokojami z zasłoniętymi ustami i nosem.

§ 4

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 3 sierpnia 2020 r. i obowiązuje do odwołania.

**Kanclerz**

**Akademii Wychowania Fizycznego**

**Józefa Piłsudskiego w Warszawie**

**Maciej Hartfil**

WYWIAD EPIDEMIOLOGICZNO-ŚRODOWISKOWY	
<b>DANE PACJENTA:</b> Imię i nazwisko: ----- PESEL (ew. data urodzenia): ----- Nr telefonu (do ew. pilnego kontaktu): -----	<b>DATA I MIEJSCE WYPEŁNIENIA WNIOSKU:</b> ----- -----

Z uwagi na zwiększone ryzyko występowania zakażenia wirusem **SARS-CoV-2 (COVID-2019)** w populacji polskiej, prosimy o rzetelne i wiarygodne wypełnienie poniższej ankiety. Odpowiednie okienko należy oznaczyć krzyżykiem. Gdy odpowiedź jest bardziej rozbudowana, proszę ją opisać szerzej w polu uwagi (u dołu ankiety).

**Czy występuje u Pani(a) aktualnie, któryś z poniższych objawów?  
Jeśli tak, to od kiedy?**

Gorączka (jakie wartości maksymalne?)	NIE	TAK	OD JAK DAWNA?
Kaszel i/lub ból gardła?	NIE	TAK	OD JAK DAWNA?
Duszność lub inne trudności w oddychaniu?	NIE	TAK	OD JAK DAWNA?
Bóle mięśniowe? mięśniowo-stawowe?	NIE	TAK	OD JAK DAWNA?
Ogólne zmęczenie i rozbicie?	NIE	TAK	OD JAK DAWNA?
Biegunka i/lub wymioty?	NIE	TAK	OD JAK DAWNA?
Codzienny przedłużający się ból głowy?	NIE	TAK	OD JAK DAWNA?

**Czy choruje Pan(i) na choroby przewlekłe? Jeśli tak, to jakie i od kiedy?**

NIE	TAK	JAKIE CHOROBY?	OD KIEDY?

**Czy w ostatnich kilku dniach stosował(a) Pan(i) leki przeciwbólowe/przeciwzapalne zawierające: paracetamol (np. Apap, Panadol, Vicks, Fervex, Gripex itp.), ibuprofen lub jego pochodne (Ibuprom, Ibum, Metafen, Babyfen, Ibalgin, Ibufen, Ibumax itp.), czy kwas acetylosalicylowy (Aspiryna, Alcaprim, Alcaseltzer, Aspirin itp.)?**

NIE	TAK	JEŚLI TAK, TO Z JAKIEGO POWODU?	OD KIEDY?

**Czy w ostatnim czasie miał(a) Pan(i) kontakt z osobami, u których podejrzewa się lub potwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2? Jakiego rodzaju był to kontakt?**

NIE	TAK	Z KIM?	JAKI BYŁ TO KONTAKT?

**Czy w ciągu ostatnich 14-21 dni przebywał(a) Pan(i) za granicą?  
W przypadku odpowiedzi TAK, proszę wymienić kraj pobytu poza Polską.**

NIE	TAK	W JAKIM KRAJU?	KIEDY BYŁ POWRÓT?

**Czy w ciągu ostatnich 14-21 dni brał(a) Pan(i) udział w imprezie masowej lub zgromadzeniu powyżej 50 osób?**

NIE	TAK	W JAKIEJ, W JAKIM?	GDZIE I JAK DAWNO?

**Czy jest Pan(i) pracownikiem opieki zdrowotnej w placówce zajmującej się osobami, u których podejrzewa się lub potwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 lub odwiedzał(a) Pan(i) taką placówkę?**

NIE	TAK	NAZWA PLACÓWKI	KIEDY BYŁ POBYT?

**Czy w ciągu ostatnich 14-21 dni był(a) Pan(i) leczony(a) w innych placówkach ochrony zdrowia? Czy w powyższym okresie korzystał(a) Pan(i) z usług placówek kosmetycznych i gabinetów medycyny estetycznej? Jeśli TAK, to kiedy i gdzie?**

NIE	TAK	NAZWA PLACÓWKI	KIEDY BYŁA WIZYTA?

**Proszę wykonać pomiar temperatury ciała i wypełnić poniższe pola:**

TEMP. (°C)	GODZ. POMIARU	RODZAJ UŻYTEGO TERMOMETRU (*)

(\*) 1. bezdotkowy (na podczerwień) 2. douszny 3. szklany bezręciowy 4. elektroniczny 5. paskowy 6. inny.

**UWAGI:**

Ja, niżej podpisany/a ..... (imię i nazwisko)

Urodzony/a dnia ..... W .....

Zamieszkały/a w ..... , świadom/a zagrożenia epidemiologicznego i konsekwencji, jakie może spowodować podanie przeze mnie informacji niezgodnych z prawdą, oświadczam, że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i zgodne z moim aktualnym stanem wiedzy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz podanych przeze mnie informacji przez Akademię Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

-----

-----

data wypełnienia oświadczenia

czytelny podpis