

FORMULARZ OCENY MEDYCZNEJ

W ZWIĄZKU Z WYSTĄPIENIEM STANU EPIDEMII COVID-19

Niniejszy formularz przygotowano w ramach profilaktyki w celu uniknięcia transmisji i minimalizacji ryzyka zakażenia na obiektach sportowych koronawirusem SARS-CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19 podczas zajęć na obozie sportowo rekreacyjnym organizowanym przez AKADEMIĘ MŁODEGO SPORTOWCA.

Niniejszy dokument nie służy udzieleniu porady medycznej lub zaleceniu metody leczenia i nie ma na celu zastąpienia niezależnej, profesjonalnej oceny medycznej, porady, lub diagnozy. W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości należy skonsultować się (zasięgnąć porady) lekarza lub innego wykwalifikowanego pracownika służby zdrowia.

Formularz należy wypełniać w poczuciu odpowiedzialności i troski nie tylko o zdrowie własnego dziecka, ale także innych potencjalnych uczestników zajęć obozu sportowo-rekreacyjnego.

| | |
|---------------------------------|--|
| Imię i nazwisko uczestnika/czki | |
|---------------------------------|--|

| LP. | PYTANIE | TAK | NIE |
|-----|---|-----|-----|
| 1 | Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko przebywało w bliskim kontakcie z osobą, u której potwierdzono pozytywnym wynikiem testu diagnostycznego chorobę COVID-19? | | |
| 2 | Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko przebywało w bliskim kontakcie: z osobą, która podlega obowiązkowej kwarantannie, lub z osobą podlegającą izolacji w warunkach domowych w związku z epidemią wirusa SARS-CoV-2, lub z osobą, w stosunku do której podjęto decyzję o wykonaniu testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2? | | |
| 3 | Czy w ciągu ostatnich 14 dni dziecko lub ktoś z domowników przebywał za granicą w rejonie transmisji wirusa SARS-CoV-2? (lista krajów publikowana jest codziennie na stronie internetowej <i>Głównego Inspektoratu Sanitarnego</i> : www.gis.gov.pl) | | |
| 4 | Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka lub kogoś z domowników wystąpił co najmniej jeden z następujących objawów: nasilający się lub uporczywy kaszel, napady duszności, katar, przekrwienie błony śluzowej nosa, bóle w klatce piersiowej podczas kaszlu lub głębszego wdechu, gorączka (pow. 38°C), ból głowy, utrata apetytu, zaburzenia węchu lub smaku, wymioty, biegunka, osłabienie, zawroty głowy, poważne zaburzenia orientacji, bóle mięśni, zaburzenia snu, zapalenie spojówek, wysypka? | | |
| 5 | Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka wystąpiły duszności lub trudności z oddychaniem podczas krótkiego spaceru lub spoczynku (siedzenia lub leżenia)? | | |
| 6 | Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka wystąpiły nagłe nudności, nadmierne pocenie się (bez wysiłku fizycznego) lub zaburzenia zdolności motorycznych? | | |
| 7 | Zobowiązuję się do niezwłocznego – do 12 godzin – odbioru dziecka z wypoczynku w przypadku wystąpienia u ich dziecka niepokojących objawów choroby (podwyższona temperatura, kaszel, katar, duszności). | | |
| 8 | Uczestnik wypoczynku (obozu) jest wyposażony w indywidualne środki osłony nosa oraz ust do użycia podczas pobytu na wypoczynku. | | |
| 9 | Wyrażam zgodę na pomiar temperatury u dziecka. | | |

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są prawdziwe i nie istnieją żadne inne przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa mojego dziecka w obozie sportowo-rekreacyjnym. Równocześnie zobowiązuję się do natychmiastowego zgłoszenia organizatorowi zaistniałych zmian w stanie zdrowia dziecka.

| | |
|----------------------------------|--|
| Imię i nazwisko rodzica/opiekuna | |
|----------------------------------|--|

.....
DATA CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA