FORMULARZ OCENY DZIECKA z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2 Załącznik 3

Imię i Nazwisko dziecka: ……..PESEL ……/Data urodzenia/ wiek ……

Nr telefonu: ……(matka/ojciec/inna osoba)

DATA												
GODZINA	9:00	19:00	9:00	19:00	9:00	19:00	9:00	19:00	9:00	19:00	9:00	19:00
Temperatura ciała: 4 x dziennie												
Płyny przyjęte [ml]	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc
	Razem:		Razem:		Razem:		Razem:		Razem:		Razem:	
Liczba mikcji / zmoczonych pieluch	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc	Dzień	Noc
Liczba oddechów/ min; 2-4 x dz												
Inne objawy												
Podpis												