Załącznik nr 2

do zarządzenia nr /XV R/2020

Rektora Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

z dnia 2020 r.

Nazwa kliniki/oddziału:…………………………………………………………

KARTA WYKAZU OSÓB,

Z KTÓRYMI PRACOWNIK UMED ZAKAŻONY LUB PODEJRZEWAJĄCY ZAKAŻENIE SARS-COV-2 MIAŁ KONTAKT W TRAKCIE REALIZACJI CZYNNOŚCI ZAWODOWYCH

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DOTYCZY** | | | |
| **Imię i nazwisko pracownika UMED, U KTÓREGO PODEJRZEWA SIĘ/STWIERDZONO ZAKAŻENIE SARS-CoV-2** | |  | |
| **DATA POTWIERDZENIA ZAKAŻENIA** SARS-CoV-2: | |  | |
| **Data wypełnienia karty**: | |  | |
|  | | | |
| **DANE OSÓB Z BLISKIEGO KONTAKTU Z OSOBĄ U KTÓREJ STWIERDZONO ZAKAŻENIE SARS-COV-2** | | | |
| **Imię i nazwisko osoby, która miała kontakt z pracownikiem, u którego podejrzewa się lub stwierdzono zakażenie SARS-CoV-2** | **Data** kontaktu, **godzina** kontaktu | **Miejsce** kontaktu (jednostka organizacyjna USK) | Spełnione **kryterium bliskości i czasu trwania kontaktu**  <**2 metry**> 15 min |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***(\*) Właściwe podkreślić***

Podpis osoby (Kierownik danej jednostki lub osoba wyznaczona), która zebrała wywiad i wypełniła kartę: ........................................................................................