ANKIETA EPIDEMIOLOGICZNA OSOBY TOWARZYSZĄCEJ PRZY PORODZIE RODZINNYM W SZPITALU MIEJSKIM IM.FRANCISZKA RASZEI W POZNANIU

Imię i nazwisko Pacjentki rodzącej ......................................................................

Dane osoby towarzyszącej w porodzie rodzinnym:

Imię i nazwisko ...................................................................................................................

Wywiad:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | NIE | TAK\* |
| 1 | Czy Pan/Pani mieszka razem z osobą rodzącą co najmniej od 14 dni? |  |  |
| 2 | Czy przestrzegał/a Pan/Pani zasady autoizolacji przez 14 dni przed przyjściem do szpitala w postaci higieny rąk, zaprzestania kontaktów, noszenia maski, monitorowania temperatury |  |  |
| 3 | Czy jest Pan /Pani obecnie poddany/a kwarantannie? |  |  |
| 4 | Pan /Pani obecnie poddany/a nadzorowi sanitarnemu? |  |  |
| 5 | Czy powrócił/a Pan/Pani w czasie ostatnich 14 dni z zagranicy? |  |  |
| 6 | Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni przebywał/a Pan/Pani w innych szpitalach, placówkach medycznych lub opieki długoterminowej (DPS, ZOL, ZPO)? |  |  |
| 7 | Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie COVID 19? (ponad 15 minut w odległości < 2 metry bez maski) |  |  |
| 8 | Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/Pani kontakt z osobą, poddaną kwarantannie z powodu COVID-19? (ponad 15 minut w odległości < 2 metry bez maski) |  |  |
| 9 | Czy występowały u Pana/ Pani objawy infekcji układu oddechowego lubpokarmowego w ciągu ostatnich 14 dni? |  |  |

|  |
| --- |
|  10. Czy aktualnie występują poniższe objawy kliniczne: |
|  Jeśli TAK, wskazać od kiedy Jeśli TAK, wskazać od kiedy | Jeśli TAK, wskazać od kiedy Jeśli TAK, wskazać od kiedy |
| Duszność | □ tak □ nie |  | Kaszel | □ tak □ nie |  |
| Nagła utrata węchu i smaku | □ tak □ nie |  | Biegunka, wymioty | □ tak □ nie |  |
| Bóle mięśniowe, głowy,osłabienie | □ tak □ nie |  | Inne (jakie?) | □ tak □ nie |  |

Oświadczam, że podane informacje są prawdziwe i zdaję sobie sprawę z konsekwencji prawnych podania nieprawdziwych informacji, tj. odpowiedzialności karnej z art. 165 KK w zw. z §1 Rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 19.04.2020w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii w zw. z art. 46a i 46b Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu w celu weryfikacji epidemiologicznej do towarzyszenia pacjentce przy porodzie z tytułu pandemii COVID-19. Podanie danych jest dobrowolne, jednak jej brak skutkuje brakiem możliwości uczestniczenia w porodzie.

Przyjmuję do wiadomości, że administratorem moich danych osobowych jest Szpital Miejski im. Franciszka Raszei w Poznaniu

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej na odwrocie niniejszej ankiety

Data i czytelny podpis osoby towarzyszącej: ………………………………………………………………………………………………………..

Stan ogólny osoby towarzyszącej przy przyjęciu (ocena wstępna, pomiar temperatury należywykonać w okolicy nadgarstka, klatki piersiowej lub szyi).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Temperatura >37,5 | TAK | NIE |
| Kwalifikacja do porodu rodzinnego | TAK | NIE |

Podpis/pieczątka osoby kwalifikującej, przeprowadzającej badanie:……………………………………………………………………

\* W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi TAK w wywiadziew punktach 3-10 lub NIE
w punkcie 1-2 lub temperatury > 37,5 – osobę towarzyszącą należy zdyskwalifikować od porodu rodzinnego

**Proszę o zapoznanie się z poniższymi informacjami**

Szanując Twoją prywatność i dbając o to, abyś wiedział kto i w jaki sposób przetwarza Twoje dane osobowe, poniżej przedstawiamy informacje, które pomogą Ci to ustalić. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanego dalej RODO, informuję że:

1. Administratorem danych jest Szpital Miejski im. F. Raszei w Poznaniu
2. Szpital powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, dane kontaktowe tel. 612245227, e-mail inspektorochronydanychosobowych@raszeja.poznan.pl
3. Dane osobowe są zbierane w celu niezbędnym do zachowania bezpieczeństwa epidemiologicznego.
4. Przetwarzanie danych jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej (art. 6 ust. 1 lit. D RODO) oraz do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym(
art. 6 ust. 1 lit. E RODO).
5. Administrator mając na uwadze poszanowanie Pani/Pana danych osobowych wdrożył odpowiednie środki organizacyjne o których mowa w Art. 32 RODO w tym upoważnił pracowników do przetwarzania Pani/Pana danych z zachowaniem poufności zgodnie z Art. 29 RODO. Administrator udostępnia Pani/Pana dane osobowe w postaci dokumentacji medycznej zgodnie z Art. 26 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia
6 listopada 2008 roku, Pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez Pacjenta (tj. Panią/Pana). Pani/Pana dokumentacja medyczna może zostać udostępniona również m.in. innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeśli dokumentacja ta jest niezbędna do zapewnienia świadczeń zdrowotnych, a także w przypadkach wyraźnie przewidzianych w aktualnie obowiązujących przepisach.
6. Twoje dane są integralną częścią dokumentacji medycznej pacjentki rodzącej i zostaną do niej załączone.
7. Przysługuje Ci żądania od Administratora dostępu do treści Twoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych lub do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
8. Masz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz, że przetwarzanie Twoich danych osobowych przez Administratora narusza przepisy RODO.
9. Twoje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w oparciu o profilowanie.

Poświadczam o przyjęciu do wiadomości, że w aktualnej sytuacji epidemiologicznej :

* brak lub nieprawidłowe stosowanie środków ochrony indywidualnej przeze mnie lub
* niedostosowanie się do poleceń personelu Izby Przyjęć Ginekologiczno-Położniczej lub Bloku Porodowego

Będą skutkować natychmiastowym wydaleniem ze szpitala i brakiem możliwości uczestnictwa w porodzie rodzinnym.

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data, czytelny podpis osoby towarzyszącej