

**QUESTIONNAIRE      POZ/NŚPM/AOS**  
**CONCERNING NOTIFICATION OF DISEASE OF A PERSON COMING BACK FROM WEST AFRICA**  
**COUNTRIES WITH CURRENT OCCURRENCE OF EBOLA VIRUS DISEASE (EVD)**

1. Name & Surname:

\_\_\_\_\_

2. Date of birth: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (day/month/year):

3. ID number / passport number (concerns foreigners only)

\_\_\_\_\_

4. Address: \_\_\_\_\_

5. Mobile phone number: \_\_\_\_\_

6. During stay in Africa, or in another country, in which a person was infected

direct contact with a person of confirmed Ebola Virus Disease

direct contact with a person suspected of being infected with Ebola Virus Disease

direct contact with a dead body of a person who died of Ebola Virus Disease

direct contact with ill/dead animal (bats, rodents, monkeys)

Type of contact .....

7. Stay during the last 3 weeks (21 days) in the area of Ebola outbreak

yes specify the name:     Gwinea     Liberia     Sierra Leone

Democratic Republic of Congo     other (give the name) .....     no (Information on the countries with Ebola outbreak is to be found at [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl) link)

8. Symptoms of the disease:

fever > 38,5°C                      - date of occurrence: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (day/month/year), hour.

headache                                - date of occurrence: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (day/month/year), hour.

muscle pains                            - date of occurrence: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (day/month/year), hour.

vomiting                                 - date of occurrence: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (day/month/year), hour.

diarrhoea                                - date of occurrence: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (day/month/year), hour

stomach - ache                         - date of occurrence: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (day/month/year), hour

external/ internal bleeding         - date of occurrence: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (day/month/year), hour

9. Date of leaving the country of Ebola occurrence: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (day/month/year)::

10. Date of return to Poland: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (day/month/year)

11. Route of the international journey (with the stopovers).

--

12. Persons from the nearest surrounding:

patient without disease symptoms but declaring exposure – A

patient with disease symptoms, who came back from the country with Ebola outbreak - B & C

patient with disease symptoms, who declare contact with EVD infected persons - A & C

Name/Surname	Number of the contact phone	Address	Type of contact

\_\_\_\_\_

date

\_\_\_\_\_

Seal & Signature of a doctor

**U osoby bez objawów chorobowych, ale ze zgłaszanym przez nią narażeniem na zakażenie należy:**

A

1. Zebrać dane pacjenta - czyli wypełnić punkt 1-5 ankiety
2. **Niezwłocznie poinformować o zdarzeniu Powiatową Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w ... (tel. ...)**
3. **Do czasu podjęcia przez Powiatową Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w ... decyzji o dalszym postępowaniu w stosunku do pacjenta (objęcia go kwarantanną lub indywidualnym nadzorem epidemiologicznym) pacjent powinien być umieszczony w oddzielnym pomieszczeniu.**
4. Powiadomić funkcjonujące całodobowo wojewódzkie centrum zarządzania kryzysowego tel. 58 30 77 204
5. **Postępować zgodnie z otrzymanymi instrukcjami z wojewódzkiego wydziału zarządzania kryzysowego i Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w ... .**

**Od pacjenta bez objawów, który przebywał w ciągu ostatnich 21 dni w krajach objętych epidemią należy:**

B

1. Uzyskać dane osobowe czyli wypełnić punkt 1-5 ankiety
2. **Poinformować taką osobę o:**
  - a) konieczności prowadzenia u siebie samoobserwacji przez okres 21 dni od czasu powrotu z terenu objętego epidemią, w tym codziennego (rano i wieczorem) pomiaru temperatury,
  - b) konieczności skontaktowania się z numerem 999 lub 112 w przypadku zaobserwowania w ciągu 21 dni po powrocie z terenu objętego epidemią któregośkolwiek z następujących objawów: gorączka <math>38,5^{\circ}\text{C}</math>, silny ból głowy, bóle mięśni, wymioty, biegunka, ból brzucha, nie mające innych przyczyn samoistne krwawienia/wylewy krwi (np. podskórne, w obrębie błon śluzowych, siniaki, bez wcześniejszego urazu) i poinformowania o tym dyspozytora,
  - c) ulotce informacyjnej zamieszczonej na stronach [www.gis.gov.pl](http://www.gis.gov.pl) lub przekazać ulotkę.
3. **Przekazać dane osobowe takiej osoby do Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w ... (tel. ...)**

**U pacjenta z objawami chorobowymi, który powrócił z kraju objętego epidemią (B i C) LUB u pacjenta z objawami, który zgłasza kontakt z chorym na Ebolę (A i C) należy:**

B

C

1. W celu zminimalizowania ryzyka przeniesienia zakażenia na inne osoby, **do chwili przybycia medycznego zespołu ratownictwa medycznego, należy pozostawić pacjenta w gabinecie, w którym został przyjęty lub gdy podejrzenie zostało powzięte w innym pomieszczeniu (rejestracji, poczekalni itd.) umieścić go w oddzielnym pomieszczeniu (o ile to możliwe z dostępem do toalety)**

2. **Niezwłocznie poinformować Lekarza Koordynatora Ratownictwa Medycznego w Wojewódzkim Centrum Zarządzania Kryzysowego (tel. całodobowy – 58 30 77 321) o podejrzeniu EVD i konieczności przetransportowania pacjenta do Pomorskiego Centrum Chorób Zakaźnych i Gruźlicy w Gdańsku.**

A

C

3. **Niezwłocznie poinformować o zdarzeniu Powiatową Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w ... (tel. ...)**
4. **Postępować zgodnie z instrukcjami otrzymanymi od Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w ..., w tym rozpocząć zbieranie danych personalnych (kontaktowych) pacjentów, którzy mogli mieć kontakt z chorym, w celu objęcia ich indywidualnym nadzorem epidemiologicznym lub kwarantanną.**
5. **W przypadku bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta i konieczności udzielenia mu natychmiastowej pomocy medycznej przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego, należy zastosować środki ochrony osobistej, które zabezpieczą przed bezpośrednim kontaktem z wydzielinami i wydaliniami chorego**