

**FORMULARZ OCENY MEDYCZNEJ WZPS W LUBLINIE
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 szkoleniowych i zawodów w piłce siatkowej lub w siatkówce plażowej.

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 szkoleniowych oraz zawodów sportowych.

Imię i nazwisko zawodnika/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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 Głównego Inspektoratu Sanitarnego: www.gis.gov.pl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka lub kogoś z domowników wystąpił co najmniej jeden z następujących objawów: uporczywy kaszel, napady duszności, katar, przekrwienie błony śluzowej nosa, bóle w klatce piersiowej podczas kaszlu lub głębszego wdechu, gorączka (pow. 38°C), ból głowy, biegunka, utrata apetytu, osłabienie, wymioty, bóle mięśni, zaburzenia snu, zapalenie spojówek, zaburzenia węchu lub smaku, wysypka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka wystąpiły duszności lub trudności z oddychaniem podczas krótkiego spaceru lub spoczynku (siedzenia lub leżenia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Czy w ciągu ostatnich 14 dni u dziecka wystąpiły nagłe nudności, nadmierne pocenie się (bez wysiłku fizycznego) lub zaburzenia zdolności motorycznych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są prawdziwe i nie istnieją żadne inne przeciwwskazania zdrowotne do uczęszczania mojego dziecka na zajęcia treningowe oraz do udziału w zawodach piłki siatkowej lub siatkówki plażowej. Równocześnie zobowiązuję się do natychmiastowego zgłoszenia trenerowi klubowemu zaistniałych zmian w stanie zdrowia dziecka.

Imię i nazwisko opiekuna	
--------------------------	--

.....
DATA

.....
CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA

**WYPEŁNIONY ELEKTRONICZNIE FORMULARZ NALEŻY ODESŁAĆ MAILEM DO AKCEPTACJI TRENEROWI.
Dopiero po akceptacji należy wydrukować i podpisać formularz oraz przekazać trenerowi przed zajęciami.**