**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA IN EPIDEMIOLOŠKIH RAZMER PACIENTA vprašanja se nanašajo tudi na obdobje preteklih 10 dni**

**Ime in priimek pacienta (in spremljevalca):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum zdravstvene storitve:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **VPRAŠANJE** | **DA** | **NE** |
| 1. | Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5º C)? |  |  |
| 2. | Ali ste prehlajeni? |  |  |
| 3. | Ali kašljate? |  |  |
| 4. | Vas boli v grlu, žrelu? |  |  |
| 5. | Imate spremenjen okus ali vonj? |  |  |
| 6. | Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu? |  |  |
| 7. | Imate bolečine v mišicah? |  |  |
| 8. | Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)? |  |  |
| 9. | Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19? |  |  |
| 10. | Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci\*)? |  |  |
| 11. | Ste **preboleli** COVID-19?  V kolikor je odgovor DA, kdaj je bil nastop simptomov?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 12. | Ali ste **cepljeni** proti COVID-19?  V kolikor je odgovor DA, s katerim cepivom?  Comirnaty (Pfizer) Spikevax (Moderna) Vaxzevria (AstraZeneca)  Jannsen Drugo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Datum prejema 1. doze:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Datum prejema 2. doze:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**\*kot stik z okuženo osebi se ne šteje stik zdravstvenih delavcev v ustrezni osebni varovalni opremi in okuženimi ali potencialno okuženimi pacienti pri opravljanju zdravstvene dejavnosti.**

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**