

 **VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV PRED**

**OBRAVNAVO V AMBULANTI \***

 **(vsa vprašanja se nanašajo tudi na obdobje preteklih 14 dni):**

Ime in priimek pacienta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum pregleda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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.  | **Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?**  |   |   |
| 10.  | Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19?  |   |   |
| 11.  | Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci, sošolci, sopotniki,…)?  |   |   |
| 12.  | Ali ste **preboleli** COVID-19?  |  |  |
|  V kolikor je odgovor DA, kdaj je bil nastop simptomov?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  13.  | Ali ste **cepljeni** proti COVID-19? Comirnaty (Pfizer) Spikevax (Moderna) (AstraZeneca) Janssen 1. odmerek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. odmerek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**V kolikor ste na katerokoli vprašanje od 1-11 odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto PO TELEFONU**

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

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



 **VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV PRED**

**OBRAVNAVO V AMBULANTI \***

 **(vsa vprašanja se nanašajo tudi na obdobje preteklih 14 dni):**

Ime in priimek pacienta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum pregleda: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **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.  | **Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?**  |   |   |
| 10.  | Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19?  |   |   |
| 11.  | Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci, sodelavci, sošolci, sopotniki,…)?  |   |   |
| 12.  | Ali ste **preboleli** COVID-19?  |  |  |
|  V kolikor je odgovor DA, kdaj je bil nastop simptomov?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  13.  | Ali ste **cepljeni** proti COVID-19? Comirnaty (Pfizer) Spikevax (Moderna) (AstraZeneca) Janssen 1. odmerek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. odmerek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**V kolikor ste na katerokoli vprašanje od 1-11 odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto PO TELEFONU**

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

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