

**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:**

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