**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV, SVOJCEV PACIENTOV IN OBISKOVALCEV PSIHIATRIČNE BOLNIŠNICE VOJNIK**

Vprašanja se nanašajo na obdobje 14 dni pred datumom vstopa v PB Vojnik.

Ime in priimek pacienta, svojca/obiskovalcaM/Ž: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum in ura obiska: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **VPRAŠANJE** | **DA** | **NE** |
| 1. | Imate povišano temperaturo (nad 37, 5OC)? |  |  |
| 2. | Ste prehlajeni? |  |  |
| 3. | Kašljate? |  |  |
| 4. | Vas boli v grlu, žrelu? |  |  |
| 5. | Imate spremenjen okus, vonj? |  |  |
| 6. | Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu? |  |  |
| 7. | Imate bolečine v mišicah? |  |  |
| 8. | Imate prebavne motnje (drisko ali bruhanje)? |  |  |
| 9. | Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave? |  |  |
| 10. | Ste imeli pozitiven izvid testa na okužbo z virusom SARS-CoV-2 oziroma na bolezen COVID-19? |  |  |
| 11. | Ste bili v stiku z okuženo osebo (oboleli svojci, sostanovalci ali sodelavci)\*? |  |  |
| 12. | Ste bili v stiku s potencialno okuženo osebo (oboleli svojci, sostanovalci ali sodelavci)\*? |  |  |
| 13. | Ali ste bili v zadnjih 14 dneh v državah s poslabšano epidemiološko sliko? |  |  |

\* Kot stik z okuženo osebo se ne šteje stika zdravstvenih delavcev v ustrezni osebni varovalni opremi z okuženimi ali potencialno okuženimi pacienti pri izvajanju zdravstvene dejavnosti.

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

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

Obrazec se hrani mesec dni po vstopu v PB Vojnik.

**M/Ž** - V dokumentu uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola.