**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. | Ali so vaši svojci in / ali sodelavci brez takšnih bolezenskih znakov? | | | | |  |  |
| 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 lahko zagotovite, da v zadnjih 14 dneh niste bili v državah s poslabšano epidemiološko sliko? | | | | |  |  |
| **14**. | | | Za PCT izpolnjujete naslednji pogoj (označi) | Prebolel | Cepljen | Testiran | | | |

\*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.

**Seznanjamo vas, da navajanje neresničnih podatkov ali ravnanje v nasprotju z ukrepi za zatiranje ali preprečevanje nalezljivih bolezni pri ljudeh, lahko pomeni kaznivo dejanje prenašanja nalezljivih bolezni, ki se kaznuje po 177. členu Kazenskega zakonika – KZ-1.**

**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.