

 MEDIGROUP	УПИТНИК - ОБРАЗАЦ ЗА ИСПИТИВАЊЕ СЛУЧАЈА ИНФЕКЦИЈЕ КОРОНА ВИРУСОМ SARS-CoV-2	

Пацијент (име и презиме):			
ЈМБГ пацијента/број пасоша за стане држављане:			
Датум тестирања:		Датум Испитивања:	
Адреса боравишта – Улица, број, спрат, број стана:			
Место, Општина:			
Контакт број телефона:			

Занимање:	
Назив и седиште фирме/установе:	
Да ли је у колективу било других особа са сличним тегобама:	☐ НЕ ☐ ДА
Навести КО?	
Могуће место/догађај заражавања:	
Датум:	

ПУТОВАЊЕ	Да ли сте боравили у иностранству у протеклих месец дана: ☐ НЕ ☐ ДА
	Навести датуме: од _____ до _____
	Држава, град у којима сте боравили: _____
	Датум уласка у земљу: _____
	Гранични прелаз: _____
	Превозно средство: _____
	Аеродром /станица-кућа: _____

ДАТУМ ПОЧЕТКА СИМПТОМА: _____ **2020.**

Фебрилност	С°	Цурење носа		Артралгија		Главобоља	
Кашаљ		Губитак чула мириса		Пролив		Узнемиреност	
Бол у грлу		Губитак чула укуса		Мучнина		Запушеност носа	
Малаксалост		Мијалгија		Повраћање		Отежано дисање	

 MEDI GROUP	УПИТНИК - ОБРАЗАЦ ЗА ИСПИТИВАЊЕ СЛУЧАЈА ИНФЕКЦИЈЕ КОРОНА ВИРУСОМ SARS-CoV-2	

Амбулантно прегледан/а:	☐ НЕ ☐ ДА	Датум прегледа:	
Налаз:	☐ РТГ ☐ БХК ☐ IgM ☐ Брзи антигенски тест		
Хоспитализација:	☐ НЕ ☐ ДА	Датум хоспитализације:	
Установа хоспитализације:			
Хроничне болести/фактори ризика:	☐ НЕ ☐ ДА		
Навести факторе ризика:	☐ НТА ☐ НОВР ☐ АВІ ☐ DM ☐ Гојазност		
Трудноћа:	☐ НЕ ☐ ДА	Недеља гестације:	

БЛИСКИ КОНТАКТИ (сви блиски контакти и чланови домаћинства) *сва су поља обавезна

Име и презиме	Старост (год.)	Адреса	Број мобилног телефона	Врста контакта	Симптоми	Занимање, установа/фирма

Напомена:

У складу са важећим протоколима Министарства здравља Р Србије, неопходно је ради даљег епидемиолошког надзора у циљу сузбијања епидемије да попуните образац издат од стране Института за јавно здравље, Прилог 3: Образац за испитивање случаја инфекције изазване корона вирусом SARS-CoV-2. Обавештавамо Вас да је Ваша обавеза да на питања одговорите тачно и прецизно. Прикривање и/или давање лажних података је кажњиво. Блиски контакт укључује било коју од наведених изложености код особе која је била у контакту са потврђеним случајем Цовид 19 у периоду од 48 х пре појаве симптома до 14 дана након појаве од симптома код тог случаја (и чланове домаћинства). У табели је потребно навести особе са којима сте били у контакту и сумњате да су преносиоци SARS -CoV 2 вируса.

Испитивање извршио: _____