

Upitnik za testiranje COVID-19

Molimo Vas da ispunite ovaj upitnik te ga predate zdravstvenom djelatniku u Vašem klubu prije provođenja testiranja na COVID-19.

Ime _____ Prezime _____ OIB _____

Datum rođenja: ___/___/___ Dob: _____ Spol: M Ž

Adresa stanovanja: _____ Grad: _____

Županija: _____ Tel./mob.: _____

Naziv kluba: _____

Uloga u klubu: igrač trener zdravstveno osoblje

drugo, navedite: _____

EPIDEMIOLOŠKI PODACI

1. Jeste li u posljednja 2 tjedna boravili izvan Hrvatske? da ne → *nastavite na pitanje broj 2.*
*Ako je Vaš odgovor **da** molimo navedite:*

a) državu/e gdje ste boravili _____

b) datum povratka u Hrvatsku: ___/___/___

2. Jeste li u posljednja 2 tjedna bili u bliskom kontaktu sa oboljelim osobom od COVID-19?

da ne → *nastavite na pitanje broj 3.*

*Ako je Vaš odgovor **da** molimo navedite:*

a) datum zadnjeg kontakta ___/___/___

b) mjesto kontakta: na poslu u obitelji u zdravstvenoj ustanovi

drugo, navesti gdje: _____

3. Jeste li ikada bili u samoizolaciji/karanteni prema preporuci liječnika:

da ne → *nastavite na pitanje broj 4.*

*Ako je Vaš odgovor **da** molimo navedite:*

a) datum samoizolacije: od ___/___/___ do ___/___/___

b) ishod samoizolacije: zdrav razvio simptome, potvrđen COVID-19

asimptomatski, potvrđen COVID-19

c) razlog samoizolacije:

boravak izvan Hrvatske, navesti državu/e _____

Datum dolaska u Hrvatsku: ___/___/___

kontakt sa oboljelim osobom sa COVID-19

datum zadnjeg kontakta: ___/___/___

mjesto kontakta: na poslu u obitelji u zdravstvenoj ustanovi

drugo, navesti gdje: _____

4. Je li netko od ukućana proveo ili trenutno provodi samoizolaciju prema preporuci liječnika?

da ne → *nastavite na pitanje broj 5.*

*Ako je Vaš odgovor **da** molimo navedite:*

Razlog samoizolacije:

boravak izvan Hrvatske

kontakt sa oboljelim osobom sa COVID-19

Nastavak na sljedećoj stranici

5. Ima li netko od Vaših ukućana sljedeće simptome: kašalj, povišena tjelesna temperatura, otežano disanje? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
6. Jeste li se pridržavali mjera fizičkog distanciranja, odnosno maksimalno smanjili kontakte s drugim osobama sukladno preporukama? <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
KLINIČKI PODACI	
7. Jeste li u posljednja 2 tjedan imali bilo koji od sljedećih simptoma:	
Povišena tjel. temp. <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Zimica/tresavica <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Umor, opća slabost <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Bolovi u mišićima ¹ <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Grlobolja <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Curenje nosa <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Gubitak okusa <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Gubitak njuha <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Kašalj <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Kratki dah, otežano disanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Piskanje/ "zviždanje" u prsima <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Bol u prsima <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Drugi respiratorni simptomi (navesti): _____	
Glavobolja <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Mučnina/povraćanje <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
Bolovi u truhu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Proljevi <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
8. Jeste li zbog bilo kojeg od tih simptoma:	
posjetili svog liječnika	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
liječeni u bolnici	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
izostali s posla/ treninga	<input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne
9. Jeste li ikad testirani na SARS-CoV-2/COVID-19: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
Ako da, datum testiranja: ____/____/____	Rezultat: <input type="checkbox"/> pozitivan <input type="checkbox"/> negativan <input type="checkbox"/> ne znam
10. Jeste li se cjepili protiv gripe ove sezone: <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	
KRONIČNE BOLESTI I STANJA	
11. Označite sve bolesti/ stanja koja imate:	
<input type="checkbox"/> Srčana bolest	<input type="checkbox"/> Hipertenzija <input type="checkbox"/> Kronična plućna bolest
<input type="checkbox"/> Kronična bolest bubrega	<input type="checkbox"/> Kronična bolest jetre <input type="checkbox"/> Zloćudna bolest
<input type="checkbox"/> Imunokompromitiranost	<input type="checkbox"/> Neurološka ili neuromuskularna bolest
<input type="checkbox"/> Pretilost <input type="checkbox"/> Pušenje	Druge kronične bolesti, navedite: _____
<input type="checkbox"/> Nemam kroničnih bolesti	
Datum ispunjavanja upitnika: _____ Potpis: _____	

¹ Koji nisu nastali kao posljedica intenzivnog vježbanja/ treninga