



VPRAŠALNIK ZA OCENO TVEGANJA PRISOTNOSTI OKUŽBE S COVID-19 IN EPIDEMIOLOŠKEGA STANJA OSEB PRED SPREJEMOM V SOCIALNOVARSTVENI ZAVOD^{1*}

Ime in priimek uporabnika za sprejem ali ponovno vključitev v socialnovarstveni zavod – storitev vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji:

Datum ocene zdravstvenega stanja in epidemioloških okoliščin: _____

Tabela 1: Ocena zdravstvenega stanja in epidemioloških okoliščin

VPRAŠANJE		DA	NE
1.	Imate danes oziroma ste imeli v zadnjih štirinajstih dneh povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?		
2.	Ali ste bili v zadnjih štirinajstih dneh prehlajeni?		
3.	Ali kašljate oziroma ste kašljali v zadnjih štirinajstih dneh?		
4.	Ste v zadnjih štirinajstih dneh imeli bolečine v grlu, žrelu?		
5.	Imate spremenjen okus ali vonj?		
6.	Ste v zadnjih štirinajstih dneh imeli občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?		
7.	Imate oziroma ste imeli v zadnjih štirinajstih dneh bolečine v mišicah?		
8.	Ste imeli v zadnjih štirinajstih dneh prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		
9.	Je kdo od vaših družinskih članov ali drugih oseb, s katerimi ste prihajali v stik imel predhodno navedene znake?		
10.	Ste bili v zadnjem času v stiku z večjim številom oseb (več kot običajni družinski stiki)?		
11.	Ste imeli pozitiven bris na Covid-19?		
12.	Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim pacientom (oboleli svojci, sostanovalci, druge za posameznika pomembne osebe, izvajalci storitev,...)?		

*** V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, se je pred ponovno vključitvijo potrebno posvetovati s svojim osebnim zdravnikom oziroma izvajalcem PO TELEFONU.**

¹ Vsa vprašanja se nanašajo na obdobje 14 dni pred sprejemom v socialnovarstveni zavod

Tabela 2: Dodatne informacije

VPRAŠANJE		DA	NE
1.	Ali vas obiskuje patronažna medicinska sestra?		
2.	Ali prejimate storitve pomoči družini na domu ali kakšne druge storitve?		
3.	Ali ste bili v obdobju zadnjih štirinajst dni vključeni v obravnavo pri katerem od izvajalcev zdravstvenih dejavnosti (pridobiti tudi informacijo glede transporta)?		
4.	Ali ste bili v zadnjih štirinajstih dneh na javnih mestih (trgovine, restavracije, knjižnice, ipd.)?		

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:

Podpis uporabnika ali zakonitega zastopnika za sprejem v socialnovarstveni zavod:

NE IZPOLNJUJTE!
IZPOLNI KOMISIJA ZA SPREJEM IN ODPUST V VDC ZAGORJE OB SAVI

Ocena tveganja prisotnosti okužbe s COVID-19 pri kandidatu za sprejem:

tveganje je zanemarljivo (omogoča sprejem na oddelek za zdrave uporabnike) – da je tveganje zanemarljivo ocenimo v primeru, ko so vsi odgovori iz tabele 1 NE in klinično ni prisotnih znakov okužbe

tveganje srednje ali več (sprejem ali ponovna vključitev v storitev vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji trenutno ni možna)

Odločitev:

sprejem ali ponovna vključitev v enoto/oddelek za zdrave uporabnike storitve vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji

sprejem ali ponovna vključitev v storitev vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji trenutno ni možna

Ime in priimek (tiskano) in podpis osebe, ki je pripravila oceno tveganja:
