|  |  |
| --- | --- |
| **ПРИЛОГ**  **Епидемиолошки упитник** | |
| *Молимо Вас да попуните овај упитник, те исти предате по доласку на Полицијску академију* | |
| Име\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Презиме\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ЈМБ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Датум и година рођења: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Пол: M Ž |
| Адреса становања: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Град: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Тел. Моб.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **ЕПИДЕМИОЛОШКИ ПОДАЦИ** | |
| 1. Јесте ли у последње двије седмице боравили изван БиХ? □да □ не  Ако је Ваш одговор да, молимо наведите: | |
| 1. државу/е гдје сте боравили\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   б) датум повратка у Б и Х: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 2. Јесте ли у последње двије седмице били у блиском контакту са лицима обољелим од COVID -19?  □дa □ нe  Ako je Ваш одговор да, молимо Вас да наведете:   1. датум задњег контакта \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_   б) мјесто контакта: □ на послу □ у породици □ у здравственој установи  □ друго, навести гдје: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 3.Јесте ли икада били у самоизолацији/карантину, према препоруци љекара:  □дa □ нe | |
| *Ako je Ваш одговор да, молимо Вас да наведете*:  a) датум самоизолације: oд \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ дo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  б) исход самоизолације: □здрав □ потврђен COVID-19  □асимптоматски, потврђен COVID-19 | |
| ц) разлог самоизолације: | |
| □ боравак ван БиХ, навести државу/е\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Датум доласка у Би Х: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ | |
| □ контакт са обољелим лицима са COVID-19  Датум задњег контакта: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_ | |
| Мјесто контакта: □ на послу □ у породици □ у здравственој установи  □ друго, навести гдје: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 4. да ли је неко од укућана провео или тренутно проводи самоизолацију према препоруци љекара?  □дa □ нe  *Ако је Ваш одговор да, молимо Вас да наведете:*  Разлог самоизолације:  □ боравак ван Б и Х  □ контакт са обољелим од COVID-19 | |
| 5. Има ли неко од Ваших укућана следеће симптоме: кашаљ, повишена температура, отежано дисање? □дa □ нe | |
| **Клинички подаци** | |
| 7. Јесте ли у последње двије седмице имали било који од следећих симптома: | |
| Повишена температура  □дa □ не |  |
| Умор, општа слабост  □дa □ нe | Болови у мишићима[[1]](#footnote-1) □дa □ нe |
| Болови у грлу  □дa □ нe | Цурење носа □дa □ нe |
| Губитак укуса  □дa □ нe | Губитак мириса □дa □ нe |
| кашаљ  □дa □ нe | Отежано дисање □дa □ нe |
| "Звиждање" у прсима  □дa □ нe    Бол у грудима  □дa □ нe | |
| Други респираторни симптоми (навести): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Главобоља  □дa □ нe | Мучнина/повраћање □дa □ нe |
| Болови у трбуху  □дa □ нe | Пролив □да □ нe |
| 8. Јесте ли због било којег од тих симптома посјетили љекара: □дa □ нe | |
| Лијечени у болници □дa □ нe | |
|  | Изостали са посла/тренинга □дa □ нe |
| 9. јесте ли икада тестирани на SARS-CoV-2/COVID-19:□дa □ нe    Ако да, датум тестирања: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_ Резултат: □ позитиван □ негативан  □ не знам | |
| 10. Јесте ли се вакцинисали против грипа ове зиме: □дa □ нe | |
| Датум попуњавања упитника: Потпис: | |

Који нису настали као посљедица интезивног вјежбања/тренинга

1. [↑](#footnote-ref-1)