|  |
| --- |
| **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)