

KBC Osijek Klinika za ginekologiju i opstetriciju Zavod za humanu reprodukciju i medicinski pomognutu oplodnju	UPITNIK ZA TRIJAŽU PACIJENTICA/PACIJENATA/OSOBLJA UKLJUČENIH U POSTUPAK MPO
---	--

Molim zaokružiti ispravan odgovor

Jeste li bili bolesni u zadnja dva tjedna?

Ne Da _____

Imati li povišenu temperaturu?

Ne Da (ako da koliko) _____

Kašljete li?

Ne Da

Boli li vas grlo?

Ne Da

Jeste li izgubili osjet mirisa ili okusa?

Ne Da

Jeste li bili u kontaktu s nekim tko ima neke od tih simptoma?

Ne Da _____

Jeste li putovali u područja povišenog rizika od COVID-19 infekcije?

Ne Da _____

Radite u bolnici, zdravstvenoj ustanovi i staračkom domu?

Ne Da _____

Jeste li bili u dodiru s nekim tko ima COVID-19?

Ne DA _____

Je li Vam dijagnosticiran COVID-19?

Ne Da

Živate li u kućanstvu s nekim kome je dijagnosticiran COVID-19 infekcija ili ima simptome (vrućica, kašalj, gubitak osjeta okusa i mirisa?)

Ne Da _____

Ako ste bili COVID-19 pozitivni i izliježili se, imate li medicinsku potvrdu?

Ne Da

Imate li kakvo teže zdravstveno stanje kao npr. dijabetes, respiracijska bolest, hipertenzija, kronična bolest bubrega, jetre ili drugo?

Ne Da _____

Ime i prezime ispitanika	Datum rođenja	OIB/broj putovnice	Potpis

Datum: _____