

### Epidemiološki upitnik HNS

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:  igrač     trener     zdravstveno osoblje     sudac

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

Nastavak na sljedećoj stranici

<input type="checkbox"/> kontakt sa <u>oboljelim osobom sa COVID-19</u>		
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		
<b>KLINIČKI PODACI</b>		
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 <sup>1</sup> <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 trbuhu <input type="checkbox"/> da <input type="checkbox"/> ne	Proljev <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		
<b>KRONIČNE BOLESTI I STANJA</b>		
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:

<sup>1</sup> Koji nisu nastali kao posljedica intenzivnog vježbanja/ treninga