

Zahtev za testiranje na SARS-CoV-2 virus brzim antigenim testom

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE ZRENAJNIN

Molim da mi se na lični zahtev uradi testiranje na SARS-CoV-2 virus brzim antigenim testom _____

PODACI O LICU

Ime i prezime		JMBG		Pol	m ž
Adresa		Mesto		Telefon	
Zanimanje		Naziv ustanove, firme		Sedište	

PODACI O EKSPOZICIJI VIRUSU SARS-CoV-2

Da li je u kolektivu bilo zaposlenih sa sličnim tegobama				<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Moguće mesto/događaj zaražavanja (proslave / okupljanja / sportski događaji)				Datum	
PUTOVANJE	Da li je boravio u inostranstvu u poslednjih mesec dana			<input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Da
	Dražava, grad u kojima je boravio			od _____ do _____	
	Datum ulaska u Republiku Srbiju			Granični prelaz	
	Prevozno sredstvo (autobus, automobil, avion)				

KLINIČKI TOK I ISHOD

Datum javljanja tegoba:		Datum javljanja lekaru:	
Ambulantno pregledan	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne		

SIMPTOMI , ZNACI, NALAZI

febrilnost	<input type="checkbox"/> Da __°C	<input type="checkbox"/> Ne	curenje nosa	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
kašalj	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	gubitak čula mirisa	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
bol u grlu	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	gubitak čula ukusa	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
malaksalost	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	uznemirenost	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
proliv	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	glavobolja	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
povraćanje	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	Mijalgija	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
mučnina	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	Artralgija	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne

Hronične bolesti

Povišen krvni pritisak	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	Maligne bolesti	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
Dijabetes	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne	Gojaznost	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne
bez hroničnih bolesti	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Ne			
drugo, navesti					

Sertifikat	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne				
Ako je DA, zaokružiti na kom jeziku izdati:	<input type="checkbox"/> Engleskom	<input type="checkbox"/> Nemačkom	<input type="checkbox"/> Mađarskom		
Datum podnošenja zahteva				Podnosilac zahteva	