

Območno združenje Krško

**VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA UDELEŽENCEV IZOBRAŽEVANJA:**

Ime in priimek kandidata: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naziv usposabljanja (vozniki motornih vozil, delovna organizacija, bolničar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

Kraj in datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **VPRAŠANJE** | **DA** | **NE** |
| 1. | Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5º C)? |  |  |
| 2. | Ali ste prehlajeni? |  |  |
| 3. | Ali kašljate? |  |  |
| 4. | Vas boli v grlu, žrelu? |  |  |
| 5. | Imate spremenjen okus ali vonj? |  |  |
| 6. | Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu? |  |  |
| 7. | Imate bolečine v mišicah? |  |  |
| 8. | Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)? |  |  |
| 9. | Ali ste v zadnjih 14 dneh prebolevali zgoraj navedene znake insimptome? |  |  |
| 9. | Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave? |  |  |
| 10. | Ste imeli morda pozitiven bris na covid-19? |  |  |
| 11. | Ste bili v stiku s covid-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci,sostanovalci)? |  |  |
| 12. | Ali ste v zadnjih 14 dneh obiskali katero od držav s poslabšano epidemiološko sliko *(Bosna in Hercegovina, Srbija, Kosovo, Severna Makedonija, Albanija, Alžirija, Argentina, Armenija, Azerbajdžan, Bahrajn, Belorusija, Bolivija, Brazilija, Čile, Črna gora, Deviški otoki Združenih držav, Dominikanska republika, Džibuti, Ekvador, Ekvatorialna Gvineja, Esvatini, Gabon, Gibraltar, Gvatemala, Honduras, Irak, Iran, Izrael, Južna Afrika, Kajmanski otoki, Katar, Kazahstan, Kirgizija, Kitajska, Kolumbija, Kostarika, Kuvajt, Luksemburg, Maldivi, Mehika, Moldavija, Oman, Panama, Peru, Portoriko, Portugalska, Rusija, Salvador, Sao Tome in Principe, Saudova Arabija, Sejšeli, Singapur, Surinam, Švedska, Turks in Caicos, Zelenortski otoki, Združene države Amerike, Združeni arabski emirati)?* |  |  |

\* V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, se USPOSABLJANJA/ IZPITA NE UDELEŽUJTE in se NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto PO TELEFONU. Dogovorili se bomo za nov termin.

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Opomba: V kolikor v roku 7 dni od usposabljanja/izpita zaznate zgoraj navedene znake in**

 **simptome, nas in vašega osebnega zdravnika o tem nemudoma obvestite.**