

Zahtev za testiranje na prisustvo SARS-CoV-2 virusa

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE ZRENAJNIN

**Molim da mi se na lični zahtev uradi testiranje na prisustvo SARS-CoV-2 virusa
brzim antigenskim testom / RT-PCR metodom**

Radi _____

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		
	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 <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	

Popunjava laboratorija

Uzorkovao:		Datum:	
Rezultat:	POZITIVAN	NEGATIVAN	
Lekar:			