

Zahtev za RT PCR testiranje

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVLJE ZRENAJNIN

Molim da mi se na lični zahtev uradi usluga RT -PCR virusa SARS Cov2 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		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 <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