**VPRAŠALNIK ZA** **OCENO TVEGANJA PRISOTNOSTI OKUŽBE S COVID-19 IN EPIDEMIOLOŠKEGA STANJA OSEB PRED SPREJEMOM V SOCIALNOVARSTVENI ZAVOD[[1]](#footnote-1)\***

**Ime in priimek uporabnika za sprejem ali ponovno vključitev v socialnovarstveni zavod – storitev vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datum ocene zdravstvenega stanja in epidemioloških okoliščin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tabela 1: Ocena zdravstvenega stanja in epidemioloških okoliščin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VPRAŠANJE** | **DA** | **NE** |
| 1. | Imate danes oziroma ste imeli v zadnjih štirinajstih dneh povišano telesno temperaturo (nad 37,5º C)? |  |  |
| 2. | Ali ste bili v zadnjih štirinajstih dneh prehlajeni? |  |  |
| 3. | Ali kašljate oziroma ste kašljali v zadnjih štirinajstih dneh? |  |  |
| 4. | Ste v zadnjih štirinajstih dneh imeli bolečine v grlu, žrelu? |  |  |
| 5. | Imate spremenjen okus ali vonj? |  |  |
| 6. | Ste v zadnjih štirinajstih dneh imeli občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu? |  |  |
| 7. | Imate oziroma ste imeli v zadnjih štirinajstih dneh bolečine v mišicah? |  |  |
| 8. | Ste imeli v zadnjih štirinajstih Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)? |  |  |
| 9. | **Je kdo od vaših družinskih članov ali drugih oseb, s katerimi ste prihajali v stik imel predhodno navedene znake?** |  |  |
| 10. | Ste bili v zadnjem času v stiku z večjim številom oseb (več kot običajni družinski stiki)? |  |  |
| 11. | Ste imeli pozitiven bris na Covid-19? |  |  |
| 12. | Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim pacientom (oboleli svojci, sostanovalci, druge za posameznika pomembne osebe, izvajalci storitev,…)? |  |  |

**\* V kolikor ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, se je pred ponovno vključitvijo potrebno posvetovati s svojim osebnim zdravnikom oziroma izvajalcem PO TELEFONU.**

**Tabela 2: Dodatne informacije**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VPRAŠANJE** | **DA** | **NE** |
| 1. | Ali vas obiskuje patronažna medicinska sestra? |  |  |
| 2. | Ali prejemate storitve pomoči družini na domu ali kakšne druge storitve? |  |  |
| 3.  | Ali ste bili v obdobju zadnjih štirinajst dni vključeni v obravnavo pri katerem od izvajalcev zdravstvenih dejavnosti (pridobiti tudi informacijo glede transporta)? |  |  |
| 4.  | Ali ste bili v zadnjih štirinajstih dneh na javnih mestih (trgovine, restavracije, knjižnice, ipd.)? |  |  |

**S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:**

**Podpis uporabnika ali zakonitega zastopnika za sprejem v socialnovarstveni zavod: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ocena tveganja prisotnosti okužbe s COVID-19 pri kandidatu za sprejem:**

🞎 tveganje je zanemarljivo (omogoča sprejem na oddelek za zdrave uporabnike) – da je tveganje zanemarljivo ocenimo v primeru, ko so vsi odgovori iz tabele 1 NE in klinično ni prisotnih znakov okužbe

🞎 tveganje srednje ali več (sprejem ali ponovna vključitev v storitev vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji trenutno ni možna)

**Odločitev:**

🞎 sprejem ali ponovna vključitev v enoto/oddelek za zdrave uporabnike storitve vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji

🞎 sprejem ali ponovna vključitev v storitev vodenja, varstva in zaposlitve pod posebnimi pogoji trenutno ni možna

**Ime in priimek (tiskano) in podpis osebe, ki je pripravila oceno tveganja:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Vsa vprašanja se nanašajo na obdobje 14 dni pred sprejemom v socialnovarstveni zavod [↑](#footnote-ref-1)