**Priloga 1**

**VPRAŠALNIK ZA** **OCENO TVEGANJA PRISOTNOSTI OKUŽBE S COVID-19 IN EPIDEMIOLOŠKEGA STANJA OSEB PRED SPREJEMOM V SOCIALNO VARSTVENI ZAVOD\***

**Ime in priimek kandidata za sprejem v socialno varstveni zavod:**

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

**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 14. dneh povišano telesno temperaturo (nad 37,5º C)? |  |  |
| 2. | Ste bili v zadnjih 14. dneh prehlajeni? |  |  |
| 3. | Kašljate oziroma ste kašljali v zadnjih 14. dneh? |  |  |
| 4. | Ste v zadnjih 14. dneh imeli bolečine v grlu, žrelu? |  |  |
| 5. | Imate spremenjen okus ali vonj? |  |  |
| 6. | Ste v zadnjih 14. dneh imeli občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu? |  |  |
| 7. | Imate oziroma ste imeli v zadnjih 14. dneh bolečine v mišicah? |  |  |
| 8. | Ste imeli v zadnjih 14. dneh 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 bližnje osebe, izvajalci storitev, …)? |  |  |

**\* Če ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, se je pred sprejemom treba posvetovati z območno pristojnim epidemiologom. Posvet z epidemiologom opravi zdravstveni delavec.**

**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 14. 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 kandidata/zakonitega zastopnika za sprejem v socialno varstveni zavod: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

🞎 tveganje 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 na oddelek za uporabnike s sumom na okužbo s COVID-19 t.j. v sivo cono)

**Odločitev:**

🞎 sprejem na oddelek za zdrave uporabnike

🞎 namestitev v sivo cono (siva cona omogoča izvedbo individualne izolacije) in odvzem brisa skladno s strokovnimi smernicami

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

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