

PREDBEŽNÝ SKRÍNING

Pozrite si najnovšie algoritmy COVID-19, pokyny na sledovanie kontaktov a najnovšie definície náhodného alebo blízkeho kontaktu na ÚVZ SR a MZSR

A) Má táto osoba symptómy zhodné s COVID-19?

ÁNO NIE Neznáme

Ak ÁNO, zaobchádzajte ako s podozrivým prípadom a vyplňte prípadový formulár COVID-19

B) Ak sa u pacienta neprejavili symptómy, bola osoba v blízkom kontakte s prípadom COVID-19 posledných 14 dní?

ÁNO NIE Neznáme

Ak áno, dátum poslednej expozície prípadu (deň/mesiac/rok):
.....

Ak je tento dátum v rámci posledných 14 dní, vyplňte prosím tento kontaktný formulár

ÚDAJE O OSOBE V ALEBO S KONTAKTOM („KONTAKT“)

Dátum identifikácie *Kontaku* verejným zdravotníctvom (deň/mesiac/rok) :

Číslo prípadu (“ČP” uvedie RÚVZ):

Potrebuje *Kontakt* preklad? ÁNO NIE

Ak áno, do akého jazyka?

Typ kontaktu s prípadom? Blízky kontakt Bežný kontakt

Krajina, kde ku kontaktu došlo:

Priezvisko *Kontaktu*:

Krstné meno *Kontaktu*:

Pohlavie: ŽENA MUŽ Neznáme

Dátum narodenia:

Vek (roky):

Vek (mesiace), ak <1 rok:

Adresa:

Okres:

PSČ:

Zvyčajná krajina pobytu:

Krajina narodenia:

Telefónne číslo:

Email:

Meno všeobecného lekára:

Adresa všeobecného lekára:

Telefónne číslo všeobecného lekára:

Typ ubytovania: Spoločné Vlastné bývanie Bez domova Návštevník SR

Očkovaný proti chrípke? ÁNO NIE Neznáme

Povolanie:

RELEVANTNÉ KLINICKÉ STAVY (vyplniť len v prípade blízkeho kontaktu)

Akékoľvek základné klinické ťažkosti? ÁNO NIE Neznáme

Ak áno, označte prosím všetky možnosti (vid' str. 2)

Ak áno, označte prosím všetky možnosti:

	ÁNO	NIE	Neznáme
CHO* srdca			
CHO* obličiek			
Diabetes			
Hypertenzia			
Imodeficiencie (vrát. HIV)			
Zhubný nádor			
Po pôrode ≤6 týždňov			

	ÁNO	NIE	Neznáme
CHO* neurologické ochorenie			
CHO* dýchacích ciest			
Astma vyžadujúca lieky			
CHO* pečene			
BMI ≥40			
Tehotenstvo			

Ak tehotenstvo, aký je aktuálny trimester?

Prvý

Druhý

Tretí

*CHO – Chronické ochorenie

Iné komorbidity, prosím špecifikujte:

DETAILY EXPOZÍCIE OSOBY S KONTAKTOM („KONTAKTU“)

Miesto kontaktu s prípadom:

	ÁNO	NIE	Neznáme
Zdravotnícke zariadenie			
Domácnosť			
Práca			
Vzdelávacie zariadenie			
Cestovanie s inými			

Iné, špecifikujte:

Opíšte detaily expozície

(netýka sa expozície zdravotníckych pracovníkov, pozri nižšie¹)

¹DETAILY O EXPOZÍCII V RÁMCI VÝKONU ZDRAVOTNÍCKEHO POVOLANIA

(vyplňte, iba ak ste zdravotníckym pracovníkom)

Je „Kontakt“ zdravotníckym pracovníkom (ZP)?

ÁNO

NIE

Neznáme

Funkcia ZP t.j. sestra, lekár atď.:

Adresa pracoviska:

ZP ošetruje pacientov so závažnou akútnou respiračnou chorobou na JIS?

ÁNO

NIE

Neznáme

Ošetroval ZP pacienta s COVID-19?

ÁNO

NIE

Neznáme

Ak áno, opíšte detaily:

Boli osobné ochranné prostriedky (OOP) použité počas kontaktu s COVID-19?

ÁNO

NIE

Neznáme

Ak nie, uveďte dátum prvého kontaktu ZP s prípadom bez OOP:

Ak nie, uveďte dátum posledného kontaktu ZP s prípadom bez OOP:

Pre všetkých ZP, detaily o OOP počas kontaktu s prípadom:

	ÁNO	NIE	Neznáme		Vždy	Často	Nepravidelne	Nikdy
					(100% času)	(>50% času)	(<50% času)	
Chirurgická maska				Ak áno, frekvencia používania				
FFP2/FFP3				Ak áno, frekvencia používania				
Ochrana očí				Ak áno, frekvencia používania				
Plášť				Ak áno, frekvencia používania				

Došlo ku kontaktu s prípadom počas procesu produkcie aerosolu? ÁNO NIE Neznáme

Ak áno, detaily procesu produkcie aerosolu:				
Typ procesu	Bola FFP2/FFP3 maska použitá počas procesu?			Dátum procesu (deň/mesiac/rok)
1.	ÁNO <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Neznáme <input type="checkbox"/>	
2.	ÁNO <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Neznáme <input type="checkbox"/>	
3.	ÁNO <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	Neznáme <input type="checkbox"/>	

PODROBNOSTI O VÝSLEDKU SLEDOVANIA OSOBY S KONTAKTOM („KONTAKTU“)

Stav sledovania *Kontaktu*: Prebieha Ukončené Stratený pre ďalšie sledovanie

Ak je sledovanie stratené, poskytnite detaily:

Stal sa *Kontakt* symptomatický? ÁNO NIE Neznáme

Bol *Kontakt* diagnostikovaný COVID-19? ÁNO NIE Neznáme

Ak áno, poskytnite „ČP“:

ÚDAJE O POHOVORUJÚCOM (kto odobral údaje a vyplnil dotazník)

Meno a priezvisko:

Pracovná pozícia:

Email:

Telefón:

Dátum kontaktného pohovoru:

MONITOROVACÍ ZÁZNAM OSOBY S KONTAKTOM („KONTAKTU“)

Meno <i>Kontaktu</i> :			
Telefón:			
Dátum začatia surveillancie (posledná expozícia prípadu):		Dátum ukončenia surveillancie (14 dní od poslednej expozície prípadu):	

Denný záznam, prosím vyplniť každý deň monitoringu:

Deň sledovania	Dátum	Teplota ≥ 38 °C	Symptómy (Áno/Nie)	Podpis člena tímu/ susp. prípadu
Deň 1				
Deň 2				
Deň 3				
Deň 4				
Deň 5				
Deň 6				
Deň 7				
Deň 8				
Deň 9				
Deň 10				
Deň 11				
Deň 12				
Deň 13				
Deň 14				

Keby sa u *Kontaktu* prejavili symptómy, uveďte prosím detaily:

Keby bol *Kontakt* stratený pre ďalšie sledovanie, uveďte prosím detaily:

