**TABELA ZA SPREMLJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA**

Prosimo vas, da v času karantene redno in dosledno izpolnjujete tabelo za spremljanje vašega zdravstvenega stanja.

**NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE**

Ob izpolnjevanju upoštevajte sledeča navodila:

* Tabelo izpolnjujte vsak dan ob približno isti uri.
* Za vsak dan spremljanja vnesite datum in uro opazovanja.
* Upoštevajte simptome, ki so se pojavili oziroma so bili prisotni v zadnjih 24 urah (obdobje od zadnjega opazovanja).
* **Izpolnite vsak kvadrat v tabeli.** Če imate/občutite/zaznate navedeni simptom v zadnjih 24 urah, napišite v kvadrat DA; če nimate/ne občutite/ne zaznate navedenega simptoma v zadnjih 24 urah, napišite v kvadrat NE.
* V primeru odgovora DA, lahko v isto okence opišete vaše zdravstveno stanje.
* Vsak dan si ob isti uri izmerite telesno temperaturo in jo zapišite v tabelo.
* Če vzamete zdravilo za zniževanje telesne temperature, le to zapišite v okence Telesna temperatura.

Po izteku karantene vas prosimo, da epidemiološki službi posredujete izpolnjeno Tabelo za spremljanje zdravstvenega stanja na email naslov CNB@nijz.si ali po pošti na naslov:

*Center za nalezljive bolezni*

*Nacionalni inštitut za javno zdravje*

*Zaloška cesta 29, 1000 Ljubljana*

Na kuverto OBVEZNO pripišite: »osebni podatki«.

OSEBNI PODATKI TABELE SPREMLJANJA ZDRAVSTVENEGA STANJA

Ime in priimek:­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rojstva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktne informacije:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Označite razlog karantene:

* Visokorizični kontakt s potrjenim primerom COVID-19
* Tujina (navedite:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Ali ste tekom karantene živeli v skupnem gospodinjstvu s potrjenim primerom COVID-19?

DA NE

Ali ste opravili testiranje na okužbo z virusom SARS-CoV-2?

DA, navedite datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Označite rezultat brisa:

POZITIVEN NEGATIVEN

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1.dan | 2.dan | 3.dan | 4.dan | 5.dan | 6.dan | 7.dan |
| Datum |  |  |  |  |  |  |  |
| Ura opazovanja |  |  |  |  |  |  |  |
| Simptomi *(upoštevajte simptome v zadnjih 24 ur; vpišite DA/NE)* |
| Telesna temperatura *(vnesite vrednost; označite, če ste vzeli zdravilo za zniževanje telesne temperature)* |  |  |  |  |  |  |  |
| Mrzlica |  |  |  |  |  |  |  |
| Slabo počutje |  |  |  |  |  |  |  |
| Utrujenost |  |  |  |  |  |  |  |
| Glavobol |  |  |  |  |  |  |  |
| Bolečine v mišicah in sklepih |  |  |  |  |  |  |  |
| Bolečina drugod *(navedite mesto bolečine)* |  |  |  |  |  |  |  |
| Solzne, rdeče oči  |  |  |  |  |  |  |  |
| Občutek polnega nosu z izcedkom |  |  |  |  |  |  |  |
| Izguba vonja in/ali okusa |  |  |  |  |  |  |  |
| Boleče žrelo/grlo |  |  |  |  |  |  |  |
| Kašelj (suh ali z izpljukom) |  |  |  |  |  |  |  |
| Občutek težkega dihanja |  |  |  |  |  |  |  |
| Občutek bolečine v prsnem košu |  |  |  |  |  |  |  |
| Občutek slabosti |  |  |  |  |  |  |  |
| Bruhanje  |  |  |  |  |  |  |  |
| Driska (tekoče in večkrat dnevno odvajanje blata) |  |  |  |  |  |  |  |
| Kožne spremembe |  |  |  |  |  |  |  |
| Drugo *(zapišite)* |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 8.dan | 9.dan | 10.dan | 11.dan | 12.dan | 13.dan | 14.dan |
| Datum |  |  |  |  |  |  |  |
| Ura opazovanja |  |  |  |  |  |  |  |
| Simptomi *(upoštevajte simptome v zadnjih 24 ur; vpišite DA/NE)* |
| Telesna temperatura *(vnesite vrednost; označite, če ste vzeli zdravilo za zniževanje telesne temperature)* |  |  |  |  |  |  |  |
| Mrzlica |  |  |  |  |  |  |  |
| Slabo počutje |  |  |  |  |  |  |  |
| Utrujenost |  |  |  |  |  |  |  |
| Glavobol |  |  |  |  |  |  |  |
| Bolečine v mišicah in sklepih |  |  |  |  |  |  |  |
| Bolečina drugod *(navedite mesto bolečine)* |  |  |  |  |  |  |  |
| Solzne, rdeče oči  |  |  |  |  |  |  |  |
| Občutek polnega nosu z izcedkom |  |  |  |  |  |  |  |
| Izguba vonja in/ali okusa |  |  |  |  |  |  |  |
| Boleče žrelo/grlo |  |  |  |  |  |  |  |
| Kašelj (suh ali z izpljukom) |  |  |  |  |  |  |  |
| Občutek težkega dihanja |  |  |  |  |  |  |  |
| Občutek bolečine v prsnem košu |  |  |  |  |  |  |  |
| Občutek slabosti |  |  |  |  |  |  |  |
| Bruhanje  |  |  |  |  |  |  |  |
| Driska (tekoče in večkrat dnevno odvajanje blata) |  |  |  |  |  |  |  |
| Kožne spremembe |  |  |  |  |  |  |  |
| Drugo *(zapišite)* |  |  |  |  |  |  |  |