

Ime _____	Prezime _____	JMBG _____
-----------	---------------	------------

Datum testiranja ___/___/2020. Datum anketiranja ___/___/2020.

Ulica _____ br. ___ sprat ___ stan br. _____ Mesto _____

Opština _____ Okrug Južnobački Kontakt telefon ___/____

Zanimanje _____ Naziv ustanove, firme... _____ sedište _____

Da li je u kolektivu bilo zaposlenih sa sličnim tegobama? NE DA ko? _____

Moguće mesto/događaj zaražavanja _____ datum ___/___/2020.g

PUTOVANJE	Da li je boravio u inostranstvu u poslednjih mesec dana: NE DA od ___ do ___
	Država, grad u kojima je boravio _____ datum ulaska u zemlju ___ 2020.
	granični prelaz _____ prevozno sredstvo _____ aerodrom-kuća _____

Datum početka simptoma: _____ 2020.

febrilnost	C°	curenje nosa		artralgija		glavobolja	
kašalj		gubitak čula mirisa		proliv		uznemirenost	
bol u grlu		gubitak čula ukusa		mučnina		zapušenost nosa	
malaksalost		mijalgija		povraćanje		gušenje	

Ambulantno pregledan: NE DA datum ___ 2020. NALAZ: RTG BHK IgM

Hospitalizovan: NE DA datum : ___ 2020. gde _____

Komorbiditet: NE DA HTA HOBP AIB DM _____ Trudnoća NE DA / ___ GN

Bliski kontakti

Ime i prezime	god.	adresa	br. mob.tel.	vrsta kontakta	prisutni simptomi	zanimanje/zaposlenje

Napomene:

Anketu popunio: