Poštovana kolegice,

poštovani kolega,

Radi brže i bolje komunikacije u situaciji povećanog broja oboljelih od COVID-19, molimo Vas ispunite priloženi upitnik.

AKO STE CIJEPLJENI, OBVEZNO PRILOŽITE DIGITALNU COVID POTVRDU.

AKO STE TESTIRANI, OBVEZNO PRILOŽITE NALAZ PCR ili BAT TESTA.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ime i prezime | | |  |
| Datum rođenja | | |  |
| Adresa stanovanja (ili ime studentskog doma) | | |  |
| OIB | | |  |
| Broj mobitela | | |  |
| Godina studija | | |  |
| Nastava koju pohađate ili ste pohađali unutar 2 dana prije pojave prvih simptoma: | Katedra: | |  |
| Predmet i nastavna baza (za kliničke predmete; npr. Rebro, Vinogradska…): | |  |
| Jeste li cijepljeni? (DA/NE)\* | | |  |
| Jeste li se testirali na SARS-CoV-2 virus?\*\* | Brzi antigenski test – BAT (DA/NE) | |  |
|  | Ako je odgovor DA: | Datum testiranja: |  |
|  | Rezultat (pozitivan/negativan): |  |
|  | PCR test (DA/NE) | |  |
|  | Ako je odgovor DA: | Datum testiranja: |  |
|  |  | Rezultat (pozitivan/negativan): |  |
| Ako ste napravili brzi kućni test na COVID-19 navedite: | | Datum testiranja: |  |
| Rezultat (pozitivan/negativan): |  |
| **AKO IMATE SIMPTOME INFEKCIJE ILI DOKAZANU BOLEST COVID-19 ISPUNITE DOLJE NAVEDENA POLJA (OZNAČENA PLAVOM BOJOM):** | | | |
| Imate li simptome bolesti COVID-19? (DA/NE) |  | | |
| Ako je odgovor DA: | Datum pojave simptoma: |  |
|  |  | Navedite simptome koje ste imali/imate: |  |
| Navedite studente i/ili nastavnike Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu s kojima ste bili u kontaktu unutar 2 dana prije pojave simptoma ili nalaza pozitivnog testa na SARS-CoV-2 | Studenti: |  | |
| Nastavnici: |  | |
| Jeste li prilikom kontakta s gore navedenim osobama nosili zaštitnu masku? (DA/NE) |  | | |
| **AKO STE SAMO KONTAKT OBOLJELIH ILI POZITIVNIH OSOBA, A NEMATE SIMPTOME BOLESTI NITI POZITIVAN TEST NA SARS-CoV-2, ISPUNITE DOLJE NAVEDENA POLJA (OZNAČENA NARANČASTOM BOJOM):** | | | |
| Ime i prezime oboljele/pozitivne osobe: |  | | |
| Ako je oboljela/pozitivna osoba student/ica Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, navedite godinu studija: |  | | |
| Jeste li prilikom kontakta s gore navedenom osobom nosili zaštitnu masku? (DA/NE) |  | | |

\*AKO STE CIJEPLJENI, MOLIMO VAS, PRILOŽITE DIGITALNU COVID POTVRDU.

\*\*AKO STE TESTIRANI, MOLIMO VAS, PRILOŽITE NALAZ TESTA.

Dobiveni podaci će nam pomoći da Vas što prije kontaktiramo i preporučimo odgovarajuće mjere.