

UPITNIK ZA ZDRAVSTVENI PREGLED

Za državljane trećih zemalja iz viznog režima u svrhu produljenja privremenog boravka

OBAVIJEST O PRIVATNOSTI: Podaci navedeni u ovom upitniku povjerljivi su medicinski podaci i koristit će se isključivo u svrhu zdravstvenog pregleda i potrebnih dijagnostičkih postupaka. Pristup podacima imaju samo ovlašteni zdravstveni djelatnici, u skladu s važećim propisima o zaštiti osobnih podataka i medicinske dokumentacije.

Upute. Upitnik ispunite čitko i u potpunosti. Ako je potrebno, zatražite tumača.

A OSOBNI I EPIDEMIOLOŠKI PODACI

Ime: _____

OIB: _____

Prezime: _____

Datum rođenja (DD/MM/GGGG): _____

Spol: ☐ Muški ☐ Ženski

Državljanstvo: _____

Država rođenja: _____

Datum prvog dolaska u Hrvatsku: _____

Svrha boravka / zanimanje u Hrvatskoj: _____

Države koje ste posjetili ili bili u tranzitu tijekom proteklih 12 mjeseci, s datumima:

1. Jeste li tijekom protekla tri mjeseca neprekidno boravili u Hrvatskoj? ☐ DA ☐ NE

Ako NE, država/države i datumi putovanja: _____

B TRENUTAČNI I NEDAVNI SIMPTOMI

Trenutačni simptomi ili simptomi prisutni tijekom proteklog mjeseca (označite sve što se odnosi na Vas)

☐ vrućica☐ noćno znojenje☐ dugotrajan kašalj (dva tjedna ili dulje)☐ iskašljavanje krvi☐ otežano disanje☐ gubitak apetita i neobjašnjiv gubitak tjelesne mase☐ izražen ili neuobičajen umor☐ povraćanje☐ povećani limfni čvorovi ili neobjašnjive kvržice☐ proljev☐ bol u trbuhu☐ krv ili sluz u stolici☐ opstipacija (zatvor)☐ žutica (žutilo kože ili očiju)☐ crvi ili njihovi članci u stolici☐ svijetla stolica☐ tamna mokraća☐ kožni osip☐ krv u mokraći☐ iznenadna slabost ili paraliza uda (ruke, noge)☐ bezbolna ranica na spolovilu, anusu ili u ustima☐ ništa od navedenoga☐ neobjašnjive promjene vida ili sluha

Ostali simptomi: _____

C OSTALI VAŽNI ANAMNESTIČKI PODACI

1. Imate li neku kroničnu bolest? ☐ DA ☐ NE

Ako DA, navedite: _____

2. Imate li poznate alergije (na lijekove, cjepiva, hranu, lateks ili drugo)? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Ako DA, navedite alergen i vrstu reakcije: _____

3. Imate li bolest ili primате terapiju koja oslabljuje Vaš imunosni sustav? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Ako DA, navedite: _____

4. Uzimate li redovito neke lijekove? ☐ DA ☐ NE

Ako DA, navedite: _____

5. Jeste li tijekom protekla četiri tjedna uzimali antibiotike, antimalarike ili antiparazitike? ☐ DA ☐ NE

Lijek(ovi) i datumi: _____

6. Jeste li trudni ili postoji mogućnost trudnoće? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM ☐ NIJE PRIMJENJIVO

7. Jeste li bili na bolničkom liječenju tijekom proteklih 12 mjeseci? ☐ DA ☐ NE

Ako DA, razlog, bolnica i datum: _____

D ANAMNEZA TUBERKULOZE

1. Je li Vam ikada dijagnosticirana tuberkuloza ili ste se liječili od tuberkuloze? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Godina i država dijagnoze: _____ ☐ plućna ☐ izvanplućna ☐ nepoznato

2. Ako ste liječeni, jeste li završili cjelokupno liječenje? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

3. Je li ikada postavljena sumnja na tuberkulozu otpornu na lijekove ili je ona potvrđena? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

4. Jeste li tijekom protekle dvije godine bili u bliskom kontaktu s osobom oboljelim od aktivne tuberkuloze?

☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

5. Jeste li ikada imali pozitivan test na tuberkulozu (PPD/TST ili IGRA)? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

6. Jeste li tijekom proteklih 12 mjeseci napravili RTG pluća? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Datum: _____ Država: _____ Nalaz priložen: ☐ DA ☐ NE

E TRBUŠNI TIFUS I PARATIFUS

1. Jeste li ikada preboljeli trbušni tifus ili paratifus? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Godina i država: _____

2. Je li ikada utvrđeno da ste kliconoša bakterije *Salmonella typhi* ili *Salmonella paratyphi*? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

3. Jeste li tijekom proteklog mjeseca imali dugotrajnu visoku temperaturu, proljev ili opstipaciju (zatvor) nepoznatog uzroka?

☐ DA ☐ NE

F ANAMNEZA HIV INFEKCIJE I VIRUSNIH HEPATITISA

HIV

1. Je li Vam ikada dijagnosticirana HIV infekcija? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Godina i država: _____

2. Ako DA, jeste li pod liječničkim nadzorom i liječite li se? ☐ DA ☐ NE

HEPATITIS B

3. Je li Vam ikada dijagnosticiran hepatitis B? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Godina i država: _____

4. Ako DA, jeste li pod liječničkim nadzorom ili se liječite? ☐ DA ☐ NE

HEPATITIS C

5. Je li Vam ikada dijagnosticiran hepatitis C? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Godina i država: _____

6. Ako DA, jeste li liječeni zbog hepatitisa C? ☐ DA ☐ NE

7. Je li nakon liječenja potvrđeno izlječenje infekcije? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

G PODACI VAŽNI ZA ODLUKU O DODATNIM DIJAGNOSTIČKIM PRETRAGAMA

Ova pitanja pomažu liječniku procijeniti jesu li potrebne dodatne pretrage.

ENTEROVIRUSI / POLIOMIJELITIS

1. Jeste li tijekom protekla tri mjeseca putovali ili boravili izvan Hrvatske? ☐ DA ☐ NE

Država/države i datumi: _____

2. Jeste li nedavno imali iznenadnu neobjašnjivu slabost ili paralizu ruke ili noge te poteškoće pri hodaњу, gutanju ili disanju?

☐ DA ☐ NE

3. Jeste li bili u kontaktu s osobom s potvrđenim ili mogućim poliomijelitisom ili iznenadnom neobjašnjivom paralizom?

☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

4. Jeste li Vi ili član Vašeg kućanstva nedavno primili oralno cjepivo protiv poliomijelitisa (kapi/OPV)?

☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM Ako DA, datum ako je poznat: _____

HEPATITIS A

1. Jeste li tijekom protekla dva mjeseca putovali ili boravili izvan Hrvatske? ☐ DA ☐ NE

Država/države i datumi: _____

2. Jeste li tijekom protekla dva mjeseca bili u bliskom kontaktu s osobom kojoj je dijagnosticiran hepatitis A?

☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

MALARIJA

1. Jeste li tijekom ili nakon boravka izvan Hrvatske imali vrućicu praćenu zimicom, tresavicom, obilnim znojenjem, glavoboljom ili izraženom slabošću? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

2. Jeste li ikada imali laboratorijski potvrđenu malariju? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Ako DA, kada i gdje? _____

3. Kada ste posljednji put napustili državu ili područje u kojem se pojavljuje malarija?

Država/područje: _____ Datum: _____

SHISTOSOMIJAZA (BILHARZIJA)

1. Jeste li tijekom boravka izvan Hrvatske plivali, gazili, kupali se, prali odjeću, pecali ili radili u slatkoj vodi, primjerice u rijeci, jezeru, kanalu ili akumulaciji? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Država i godina izloženosti: _____

2. Jeste li nakon izloženosti slatkoj vodi imali krv u mokraći, bol ili pečenje pri mokrenju, krv u stolici ili dugotrajne neobjašnjive trbušne tegobe? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

3. Je li Vam ikada dijagnosticirana shistosomijaza (bilharzija) ili ste se od nje liječili? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Ako DA, kada, gdje i kojim lijekom? _____

SIFILIS

1. Je li Vam ikada dijagnosticiran sifilis? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Godina i država: _____ Liječenje završeno: ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

CRIJEVNI PARAZITI

1. Jesu li Vam ikada dijagnosticirani crijevni paraziti ili ste se od njih liječili? ☐ DA ☐ NE ☐ NE ZNAM

Ako DA, kada, gdje i kojim lijekom? _____

VAŽNO: Odsutnost simptoma ne isključuje crijevne parazite, kronično kliconoštvo bakterija *Salmonella typhi/paratyphi*, latentni sifilis, HIV infekciju, hepatitis B ni hepatitis C.

H PRILOŽENA MEDICINSKA DOKUMENTACIJA

Koje od sljedećih nalaza izdanih tijekom proteklih 12 mjeseci prilažete (za cijepljenje: dokumentacija od rođenja)?

☐ snimka i/ili nalaz RTG-a pluća — datum: _____

☐ nalaz stolice na *Salmonella typhi/paratyphi* — datum: _____

☐ nalaz testa anti-HIV — datum: _____

☐ nalaz testa HBsAg — datum: _____

☐ nalaz testa anti-HCV — datum: _____

☐ otpusno pismo iz bolnice ili specijalistički nalaz

☐ drugi relevantni laboratorijski nalaz(i): _____

☐ dokumentacija o cjepivima primljenima tijekom života (vrsta cjepiva, broj doza i datumi) – ako imate 35 godina ili manje, donesite svu dostupnu dokumentaciju od rođenja do danas

☐ ništa

I IZJAVA I POMOĆ PRI ISPUNJAVANJU

Izjavljujem da sam na pitanja odgovorio/la istinito i prema svojem najboljem znanju. Razumijem da liječnik koji obavlja pregled može postaviti dodatna pitanja ili preporučiti daljnje dijagnostičke postupke.

Datum: _____

Potpis podnositelja zahtjeva: _____

Upitnik ispunjen: ☐ samostalno ☐ uz pomoć tumača ☐ uz pomoć druge osobe

Ime i prezime te potpis tumača/pomagača: _____