**ЕПИДЕМИОЛОШКИ ПРАШАЛНИК И ОБРАЗЕЦ ЗА СОГЛАСНОСТ НА ПАЦИЕНТ ЗА РАБОТА ВО СТОМАТОЛОШКА ОРДИНАЦИЈА**

|  |  |
| --- | --- |
| **ДАТУМ:** |  |
| **ИМЕ И ПРЕЗИМЕ:** |  |
| **КОНТАКТ ТЕЛЕФОН:** |  |

* 1. **ПРАШАЛНИК ЗА ЗДРАВСТВЕНАТА СОСТОЈБА НА ПАЦИЕНТОТ**

**Се пополнува при закажување на термин по телефон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Дали во моментов сте со позитивен тест со SARS-CoV-2? | ДA | НE |
| 2. Дали сте биле болни од SARS-CoV-2?  \*датум на последен негативен тест: | ДA\* | НE |
| 3. Дали во последниве 14 дена сте биле болни?  \*доколку сте биле кои симптоми ги имавте? | ДA\* | НE |

* 1. **ЕПИДЕМИОЛОШКИ ПРАШАЛНИК**

**Се пополнува при закажување на термин по телефон**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Дали во последниве 14 дена сте биле во контакт со болен од SARS-CoV-2? | ДA | НE |
| 2. Дали ви е одредена мерка за изолација | ДA | НE |

**Објективен наод при доаѓање на пациентот во ординација**

|  |  |
| --- | --- |
| ИЗМЕРЕНА ТЕЛЕСНА ТЕМПЕРАТУРА |  |
| ОСТАНАТИ СИМПТОМИ: | |
| КАШЛАЊЕ | ДA НE |
| ЦРВЕНИЛО НА ЛИЦЕТО | ДA НE |
| ПОТЕШКОТИИ ВО ДИШЕЊЕТО | ДA НE |
| ДРУГИ РЕСПИРАТОРНИ ПРОБЛЕМИ | ДA НE |

Доколку пациентот доаѓа со друго лице кое е родител/старател или помош за инвалид или хендикепирано лице и тоа лице треба да одговори на епидемиолошкиот прашалник.

**СТОМАТОЛОШКА ОРДИНАЦИЈА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**И З Ј А В А**

Јас \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 ИЗЈАВУВАМ ДЕКА СУМ ВО ПОТПОЛНОСТ И НА РАЗБИРЛИВ НАЧИН

- запознаен со сите заштитни мерки што се спроведуваат во стоматолошката ординација со цел да се заштитат стоматолозите и пациентите,

- сум свесен дека и покрај сите спроведени мерки, постои ризик од можна инфекција со коронавирус СОВИД-19 при интервенција во стоматолошката ординација

- стоматолошкиот тим во ординацијата вистинито и потполно е известен за мојата здравствена состојба.

2 / ЈА ПОТВРДУВАМ ВИСТИНИТОСТА НА ПРЕТХОДНО ДАДЕНИТЕ ПОДАТОЦИ ОД ЕПИДЕМИОЛОШКИОТ ПРАШАЛНИК

* потврдувам дека не ми е доделена мерка за изолација, не сум заразен со коронавирус СОВИД-19

3 / ОДГОВОРНО И ПО СЛОБОДНА ВОЉА ИЗЈАВУВАМ ДЕКА ГИ ПРИФАЌАМ

- сите препорачани дијагностички или терапевтски процедури и третмани за време на пандемијата со корона вирусот кои ги препорачува стоматологот

- на своја одговорност и ризик ги прифаќам последиците од можна зараза со корона вирус за време на стоматолошката интервенција.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ДАТУМ ПОТПИС НА ПАЦИЕНТОТ