ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO ZADAR

SLUŽBA ZA ŠKOLSKU MEDICINU,AMB. BIOGRAD

Izjava o mogućem riziku zaraze SARS-CoV-2 virusom

(za dijete ispunjava roditelj)

IME I PREZIME DJETETA_____

1. **Akutna (trenutna) respiratorna infekcija sa ili bez temperature (zaokružiti)**
   da ne
2. **Bliski kontakt s osobom s potvrđenim ili vjerojatnim oboljenjem od COVID-19 unazad dva mjeseca (zaokružiti)**
   da ne
3. **Jesu li su Vam određene mjere SAMOIZOLACIJE zbog tog kontakta? (zaokružiti)**
   da ne

Ako da, kada (upisati datum) OD _____DO_____

4. **Razlog dolaska u ambulantu: SISTEMATSKI PREGLED DJETETA ZA UPIS U PRVI RAZRED OSNOVNE ŠKOLE I CIJEPLJENJE PROTIV OSPICA, ZAUŠNJAKA I RUBEOLE (ZDRAVE DJECE)**

5. **Ukoliko je dijete ili netko od BLISKIH ukućana bio POZITIVAN (asimptomatski) na SARS-CoV – 2 virus ili razvio COVID -19 bolest (simptomatski) molimo napisati tko (majka, otac, braća, sestre, baka, djed…), te napisati DATUM nalaza POZ testa i vrijeme IZOLACIJE od do.**

Srodstvo djetetu : _____

Datum pozitivnog nalaza : _____

Izolacija : OD_____DO_____

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka:

POTPIS RODITELJA: _____

MOLIMO DATUM NE UPISIVATI, KAO NI VRIJEDNOSTI TJELESNE TEMPERATURE (upisuje medicinska sestra na pregledu, te mjeri tjelesnu temperaturu roditelju i djetetu).

TTD_____

TTR_____

Mjesto i datum: Biograd N/M, _____2022.