OBRAZEC ZA SPOROČANJE PODATKOV O VISOKO RIZIČNIH STIKIH V DELOVNI ORGANIZACIJI

**Opredelitev tesnih kontaktov**

Tesni kontakti so osebe, ki so bile v stiku z bolnikom s COVID-19 v roku 48 ur pred pojavom simptomov in v obdobju 14 dni po nastopu bolezni pri bolniku s COVID-19. V primeru asimptomatske okužbe se kot datum pojava simptomov upošteva datum molekularne (PCR) potrditve testa.

**Podatki o zaposlenem, za katerega se sumi, da je visoko rizični tesni kontakt**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime |  |
| Priimek |  |
| Datum rojstva |  |
| Delovno mesto (opis) |  |
| Mobitel |  |
| E-pošta |  |
| Ali lahko delavec dela od doma | NE DA (komentar): |
| Ali lahko zaposleni dela v izolaciji od drugih (lastni prostor in sanitarije)? | NE DA (komentar): |
| Datum zadnjega stika z bolnikom s COVID-19 |  |

**VPRAŠALNIK ZA OCENO VISOKO RIZIČNEGA TESNEGA KONTAKTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Neposredni stik (face-to-face) na razdalji manj kot 2 metra več kot 15 min | **DA** | **NE** |
| Drugi fizični stik ali stik z izločki (rokovanje, objemanje, uporaba skupnih predmetov) | **DA** | **NE** |
| Bivanje v zaprtem prostoru več kot 15 min (skupno gospodinjstvo, pisarna, čakalnica v zdravstveni ustanovi...) | **DA** | **NE** |
| Druženje (skupna malica, druženje pri isti mizi) | **DA** | **NE** |
| Potovanje v istem prevoznem sredstvu na razdalji manj kot 2 metra | **DA** | **NE** |
| Uporaba zaščitne opreme in higiena rok v skladu z navodili | **DA** | **NE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Izpolni delodajalec | |
| Oseba biva v skupnem gospodinjstvu z bolnikom s COVID-19 | DA | NE |
| Neposredni stik na razdalji manj kot 2 metra, več kot 15 minut (skupaj v 24-ih urah) | DA | NE |
| Drugi fizični stik ali stil z izločki (rokovanje, objemanje, uporaba skupnih predmetov) | DA | NE |
| Bivanje v zaprtem prostoru več kot 15 min (skupno gospodinjstvo, pisarna, čakalnica …) | DA | NE |
| Druženje (skupna malica, druženje pri isti mizi …) | DA | NE |
| Potovanje v istem prevoznem sredstvu na razdalji manj kot 2 metra | DA | NE |
| NE-uporaba zaščitne opreme in NE-higiena rok v skladu z navodili delodajalca/NIJZ | DA | NE |

**Preveril-a (podatki o osebi pri delodajalcu, ki je preverila zgoraj vnesene podatke)**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt (mobitel, e-pošta): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Izpolni medicina dela**

Komentar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Mnenje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_