

MENO a PRIEZVISKO :

rodné číslo:

**bydlisko :
zdravotná poisťovňa:**

telefónny kontakt:

1. Akým testom bol u vás potvrdený COVID 19?

- a) PCR test
- b) Ag test
- c) stanovenie protilátok
- d) neviem
- e) nemal som pozitívny test

2. Kedy ste bol pozitívne testovaný a kedy negatívne?

3. Aký bol priebeh akútneho ochorenia?

- a) bez príznakov
- b) ľahký priebeh (domáca liečba)
- c) ťažký priebeh (nutná hospitalizácia)

4. Ako dlho trvali ťažkosti?

- a) po dobu karantény
- b) aj po uplynutí karantény

5. Ktoré z rizikových faktorov máte?

- a) Cukrovka
- b) Obezita
- c) Kardiovaskulárne ochorenia (arteriálna hypertenzia, ICHS)
- d) Onkologické ochorenie
- e) Pľúcne ochorenie
- f) Chronické obličkové ochorenie
- g) Fajčenie
- h) Ochorenie imunity, alebo imunosupresívna liečba
- i) Žiadne

6. Museli ste kvôli svojmu zdravotnému stavu obmedziť denné aktivity?

- a) áno
- b) nie

7. Ak ste na predošlú otázku odpovedali áno z akých dôvodov?

- a) nadmerná únava
- b) námahová dušnosť
- c) svalové bolesti
- d) nechutenstvo a zažívacie ťažkosti
- e) strata záujmov, pocity úzkosti
- f) búšenie srdca, problémy s tlakom

8. Počas ostatných 7 dní ste zažili niektorý z nasledovných symptómov: *

- Únava
- Horúčka
- Bolesť v tele

- Dýchavičnosť/Lapanie po dychu
- Kašeľ
- Bolesť v hrudi
- Búšiace srdce, keď vstanem
- Rýchlo bijúce alebo búšiace srdce za iných okolností
- Studené ruky alebo nohy
- Neschopnosť koncentrácie alebo problémy s pamäťou
- Bolesť hlavy
- Poruchy spánku
- Mravčenie a znecitlivenie kdekoľvek na tele
- Závraty
- Delírium
- Strata chuti a / alebo čuchu
- Bolesť brucha
- Nevoľnosť
- Hnačka
- Anorexia a znížená chuť do jedla
- Bolesť kĺbov
- Bolesť svalov
- Depresia
- Úzkosť
- Pocit odcudzenosti od vlastného tela
- Zvonenie alebo tlak v ušiach
- Bolesť ucha
- Bolesť hrdla
- Stiahnuté hrdlo / pocit dusenia
- Kožné vyrážky
- Vypadávanie vlasov
- Napuchnuté, sfarbené prsty
- Výrazný pokles vylučovania moču
- Vypadávanie zubov
- Zlomené zuby
- Nepravidelná alebo chýbajúca menštruácia
- Iné:

9. Vyhľadali ste odborníka kvôli aktuálnym ťažkostiam?

a) áno (akého).....

b) nie

10. Ak áno, aký postup bol navrhnutý a aké vyšetrenia ste absolvovali?

10. Ako dlho máte ťažkosti?

a) menej ako 10t

b) viac ako 10t

11. Bol navrhnutý liečebný postup prínosom ?

- a) áno
- b) nie

12. Ste PN, ak áno odkedy?

13. Očkovanie proti COVID – 19 :

- **nie**

- **áno** : 1. očkovačia dávka : dátum očkovanianázov vakcíny

2. očkovačia dávka : dátum očkovanianázov vakcíny.....

Vakcinácia úspech a prínos, posúdenie zdravot. stavu po vakcinácii :

- **áno** , zdravotný stav sa zlepšil

- **nie** , nepostrehol som po vakcinácii zmenu a zlepšenie

**PACIENT MUSÍ MAŤ ZREALIZOVANÉ ZÁKLADNÉ ODBERY U OBVODNÉHO LEKÁRA
A ODPORUČENIE NA VYŠETRENIE DO CENTRA.**

Povinné základné odbery pred prvovyšetrením v Post-covid centre -

- krvný obraz diff, hemokoagulácia, D dimér, glykémia, urea, kreatinín, ionogram, AST, ALT, GMT, CRP, vitamín D, kyselina listová

- moč biochemicky.