



EVIDENČNI LIST POTNIKOV V AMBULANTI ZZV KRANJ

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO

KRANJ

Evidenčna št.:

Priimek in ime:

Spol: moški ženski

Naslov:

EMŠO:

Končana izobrazba:

Vrsta potovanja:

srednješolska ali manj

turistično (z agencijo)

odprava (human., zdrav.,...)

višja, visoka ali univerzitetna

popotniško (v lastni režiji)

delo v tujini

več kot univerzitetna

poslovno

drugo:

Poklic:

Datum odhoda: Skupno trajanje potovanja (dni):

Države oziroma področja, kamor potujete (po vrsti, vključno s trajanjem po dnevih):

.....
.....
.....

1. Ali ste že bili v naši ambulanti za potnike?	DA	NE
2. Ali trenutno prebolevate kakšno akutno bolezen z vročino (prehlad, vnetje,...)?	DA	NE
Če da, navedite to trenutno zdravstveno težavo oz. bolezen:		
3. Ali imate katero od kroničnih boleznih srca, pljuč, sečil (ledvice, mehur) prebavil (želodec, črevo, jetra,...), itd. (ustrezno obkrožite) ali drugo (navedite)?	DA	NE
Navedite tudi zdravila:		
4. Ali imate motnje srčnega ritma oz. ste jih imeli in ste bili zdravljeni? Navedite zdravila, ki jih jemljete:	DA	NE
5. Ali imate luskavico (psoriaro)?	DA	NE
6. Ali imate bolezen oči (npr. glavkom-povečan očesni pritisk, bolezen mrežnice)?	DA	NE
7. Ali ste se zdravili oz. se zdravite zaradi epilepsije?	DA	NE
Navedite zdravila:		
8. Ali ste imeli kdaj oz.imate težave z depresijo ali drugo psihiatrično obolenje?	DA	NE
9. Ali ste kronični nosilec virusne zlatenice (hepatitisa B ali C)?	DA	NE
10. Ali ste kdaj preboleli nalezljivo virusno zlatenico (virusni hepatitis A, B)?	DA	NE
11. Ali vam je bila operativno odstranjena vranica ali timus (priželjc)?	DA	NE
12. Ali imate kakšne prirojene bolezni/motnje?	DA	NE
13. Ali ste alergični na pike žuželk, živalsko dlako, pršice, barvila, kemikalije (ustrezno obkrožite) ali drugo (navedite)?	DA	NE
14. Ali ste alergični na katerokoli hrano? Če ste, navedite na katero, (npr. jajca):	DA	NE
.....		
15. Ali ste alergični na kakšno zdravilo?	DA	NE
Če ste, navedite katero:		
16. Ali ste opravili vsa rutinska cepljenja v otroštvu?	DA	NE
17. Ali ste imeli kdaj kakršnekoli reakcije po cepljenju v otroštvu ali kasneje?	DA	NE
Če ste, navedite kakšne:		
.....		
Izpolnijo samo ženske:		
17. Ali ste noseči?	DA	NE
18. Ali načrtujete nosečnost v naslednje pol leta?	DA	NE
.....		

IZPOLNI ZDRAVNIK OB POSVETU

Dogovor o cepljenju

SVETOVANO CEPLJENJE	označi	PREJETO CEPLJENJE (pod odmerek vpiši cepivo)			
		I. odmerek	II. odmerek	III.odmerek	revakcinacija
virusni zlatenici A (hepatitisu A)					
virusni zlatenici B (hepatitisu B)					
virusni zlatenici A+B					
rumeni mrzlici					
tifusu					
meningokoknemu meningitisu					
tetanusu					
davici					
steklini					
otroški paralizi					
klopnemu meningoencefalitisu					
gripi					
pnevmokokni pljučnici					
mumpsu, ošpicam in rdečkam					
noricam					
drugo:					

Dogovor o kemoprofilaksi malarije

SVETOVANO ZDRAVILO	označi	PREDPISANO ZDRAVILO	
		čas izpostavljenosti	število in režim jemanja tablet
Nivaquine (chloroquin)			
Lariam (mefloquin)			
Malarone (atovaquone+proguanil)			
Malarone Ped (atovaquone+proguanil)			
Doksiciklin			
drugo:			

Ostalo

vpiši vrsto nasveta, vrsto zdravila, ...

navodila oz.nasveti	
predpis zdravila na recept	
izdaja mednarodnega potrdila	
odvzem krvi	

Opombe.....
.....
.....

podpis zdravnika

Podpisani sem seznanjen z možnimi reakcijami po cepljenju, stranskimi učinki kemoprofilakse in se strinjam s predlaganim.

Datum:.....
(obiska v potniški ambulanti)

.....
podpis potnika
(oz. staršev mladoletnega potnika)