

OBRAZEC ZA SPOROČANJE PODATKOV O VISOKO RIZIČNIH STIKIH V DELOVNI ORGANIZACIJI

Preverjamo kontakte na delovnem mestu, ki so bili v stiku z obolelim v roku **48 ur pred pojavom simptomov** in v obdobju 14 dni po nastopu bolezenskih znakov COVID-19 oziroma **pri asimptomatskih 48 ur pred pozitivnim PCR testom**.

Datum pojava simptomov pri osebi oboleli s COVID-19: _____

Datum izvedbe brisa okužene ali obolele osebe: _____

Datum seznanitve okužene osebe s pozitivnim brisom: _____

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

Ime in priimek:	
Datum rojstva:	
Delovno mesto:	
Telefonska številka:	
E-pošta:	
Ali lahko delavec dela od doma ali na izoliranem delovnem mestu?	DA NE Komentar: _____

Datum visokorizičnega kontakta s SarsCov-2 pozitivno osebo: _____
(če gre za stik v skupnem gospodinjstvu navedite datum zadnjega kontakta brez upoštevanja preventivnih ukrepov)

VPRAŠALNIK ZA OCENO VISOKO RIZIČNEGA TESNEGA KONTAKTA

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

Pooblaščen oseba delodajalca, ki je preverjala zgoraj navedene podatke:

Ime in priimek: _____

Kontakt (tel.št., e-pošta): _____

Podpis: _____ Datum: _____

Izpolni specialist medicine dela:

Delavcu je potrebno poslati navodila NIJZ za karanteno na domu (v prilogi): DA NE

Prvi dan karantene: _____ Komentar: _____

Specialist MDPŠ (žig in podpis): _____ Datum: _____