

# UPITNIK ZA SPORTISTE I OSOBE IZ STRUČNOG OKRUŽENJA SPORTISTA KOJI SU PRELEŽALI ILI SMATRAJU DA SU PRELEŽALI COVID-19 INFEKCIJU

IME I PREZIME \_\_\_\_\_

- Datum početka prvih simptoma \_\_\_\_\_
- Datum prestanka simptoma \_\_\_\_\_

## 1. Koje ste simptome imali tokom bolesti (zaokruži)

- Nisam imao/imala simptome
- Temperatura
- Kašalj
- Otežano disanje
- Gubitak čula mirisa
- Gubitak čula ukusa
- Bolovi u mišićima
- Zamor
- Glavobolja
- Zapušen nos
- Gušobolja
- Dijareja
- Povraćanje
- Lupanje i/ili preskakanje srca
- Bolovi u grudima
- Vrtoglavica
- Zujanje u ušima
- Promene na koži
- Peckanje/suzenje/crvenilo oka
- Promene raspoloženja
- Nesanica
- Drugo \_\_\_\_\_

## 2. Da li trenutno imate neki od navedenih simptoma (zaokruži)

- Nemam simptome
- Malaksalost
- Zamor pri uobičajenim fizičkim aktivnostima
- Bolovi u mišićima
- Otežano disanje
- Kašalj
- Lupanje i/ili preskakanje srca
- Bolovi u grudima
- Glavobolja
- Nesanica
- Gubitak čula mirisa
- Gubitak čula ukusa
- Zapušen nos
- Gušobolja
- Vrtoglavica
- Zujanje u ušima
- Peckanje/suzenje/crvenilo oka
- Dijareja
- Povraćanje
- Promene raspoloženja
- Promene na koži
- Drugo \_\_\_\_\_

**3. Da li je bolest zahtevala angažovanje lekara?**

- Ne
- Da, telefonsku konsultaciju
- Da, pregled klupskog lekara
- Da, pregled lekara iz COVID ambulante
- Da, zahtevala je i hospitalizaciju, na odeljenju / intenzivnoj nezi (podvući)

**4. Da li ste uzimali terapiju i ako jeste, navedite koju**

---

**5. Ako ste bili hospitalizovani, navedite:**

- Naziv COVID bolnice \_\_\_\_\_
- Dužinu hospitalizacije \_\_\_\_\_
- Priložite kopiju otpusne liste

**6. Da li je laboratorijskim ili drugim nalazima potvrđena infekcija COVID-19? Ako jeste, upisati datum izdavanja prvog pozitivnog nalaza pored odgovora.**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| • Ne                                | • Da, serološkim testom – IgM, IgG (datum) _____ |
| • Da, PCR testom (datum) _____      |  |
| • Da, brzim Ag testom (datum) _____ | • Na osnovu nalaza CT, RTg (datum) _____         |
|                                     | • Drugo _____                                    |

**7. Da li ste se testirali zbog prisustva nekog od simptoma koji prate COVID-19 infekciju ili zbog zahteva sportskog kluba / takmičenja? (podvući)**

**8. Da li ste se proveravali prisustvo antitela na SARS-CoV-2 virus serološkim testom?**

- Ne
- Da (datum) \_\_\_\_\_

**Rezultat:** pozitivna/negativna **IgM**, pozitivna/negativna **IgG** antitela (**podvući**)

**9. Da li znate okolnosti zaražavanja?**

- Ne znam
- Tokom sportskih aktivnosti
- Van sportskih aktivnosti

**10. Koliko dugo ste pauzirali sa treninzima?\_\_\_\_\_ (dopiši)**

**11. Da li ste obavili medicinske preglede pre povratka u trenažni proces i koje (zaokruži)**

- Pregled bez EKG
- Pregled sa EKG
- EHO srca
- Test fizičkim opterećenjem
- Holter EKG ili pritiska
- Elektrofiziološka ispitivanja
- Saturacija krvi kiseonikom
- Spirometrija
- Transfer faktor pluća / Test difuzije
- CT grudnog koša i pluća
- MR srca

**12. Da li u ovom trenutku uzimate neke lekove? Ako je odgovor da, navedite koje**

---

**13. Da li u ovom trenutku uzimate neke suplemente? Ako je odgovor da, navedite koje**

---

**14. Da li želite da se vakcinišete protiv COVID-19 infekcije (zaokružiti odgovor)?**

- Da
- Da, ukoliko vakcina neće uticati negativno na moj sportski učinak
- Da, ali samo ako je vakcinacija uslov za učešće na OI Tokio 2020
- Ne, ni u kom slučaju

**15. Da li imate neka pitanja ili nedoumice vezane za vakcinaciju protiv COVID-19 infekcije (navesti odgovor)?**

---

**Datum popunjavanja upitnika \_\_\_\_\_**

**Potpis \_\_\_\_\_**