

Broj kartona:

OSOBNI LIST PREVENTIVNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE STUDENATA

IME I PREZIME, ime oca			
Datum rođenja		Mjesto rođenja	
Broj osigurane osobe		Godina upisa	
Fakultet			

Adresa stanovanja u mjestu studiranja 1 <input type="checkbox"/> kod roditelja 3 <input type="checkbox"/> podstanarstvo 2 <input type="checkbox"/> studentski dom 4 <input type="checkbox"/> svoj stan	
Adresa stalnog prebivališta	
Izabrani liječnik: Ime i prezime, ordinacija	

1. Kronične bolesti i poremećaji u anamnezi

BOLESTI	Dijabetes	SŽB	RR	Zloćudne novotvorine	Astma	Ostale alergije	EPI	Psih. porem.	TB	Ostalo
a) Obiteljska	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1
b) Osobna	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1	NE - DA 0 - 1

2. Uzimaš li lijekove zbog neke od tih bolesti (navedi)? 1 <input type="checkbox"/> Redovito 2 <input type="checkbox"/> Povremeno 3 <input type="checkbox"/> Ne	3. Jesi li zbog neke od tih bolesti bio/la dulje vrijeme u bolnici? 1 <input type="checkbox"/> Da 2 <input type="checkbox"/> Ne
---	--

Prehrambene navike 4. Koliko često doručkuješ (osim samo šalice kave ili čaja)? 1 <input type="checkbox"/> Svaki dan 2 <input type="checkbox"/> Povremeno 3 <input type="checkbox"/> Nikada	5. Koliko često jedeš kuhani obrok (varivo, juha, meso, riba, sl.)? 1 <input type="checkbox"/> Svaki dan 2 <input type="checkbox"/> Gotovo svaki dan 3 <input type="checkbox"/> Rijetko 4 <input type="checkbox"/> Gotovo nikada
---	---

Tjelesna aktivnost	Tjedno	1-2 sata	3-4 sata	5 sati i više
6. Baviš li se aktivno nekim sportom?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7. Baviš li se nekim sportom rekreativno (nogomet, košarka, rukomet, tenis, rolanje, badminton, aerobika)?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8. Koliko prosječno hodaš (put do fakulteta, posjeti prijateljima i sl.)?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

9. Jesi li ikada u životu pušio/la? 1 <input type="checkbox"/> Ne 2 <input type="checkbox"/> Da	10. Ako jesi, jesi li u posljednjih mjesec dana pušio/la? 1 <input type="checkbox"/> Manje od jedne cigarete dnevno 3 <input type="checkbox"/> Svaki dan 1-5 cigareta 2 <input type="checkbox"/> Barem jednu cigaretu svaki dan 4 <input type="checkbox"/> Svaki dan više od 5 cigareta
--	--

11. Koliko često piješ alkoholna pića? - u posljednjih mjesec dana?			
1 <input type="checkbox"/> Ne pijem alkohol	2 <input type="checkbox"/> 1-2 puta	3 <input type="checkbox"/> 3-5 puta	4 <input type="checkbox"/> 6 puta i više

12. Jesi li se ikada u životu napio/la?					
1 <input type="checkbox"/> Nikada	2 <input type="checkbox"/> 1	3 <input type="checkbox"/> 1-2 puta	4 <input type="checkbox"/> 3-5 puta	5 <input type="checkbox"/> 6-9 puta	6 <input type="checkbox"/> 10 puta i više

13. Što obično piješ od alkoholnih pića?					
1 <input type="checkbox"/> Ne pijem alkohol	2 <input type="checkbox"/> Pivo	3 <input type="checkbox"/> Vino	4 <input type="checkbox"/> Žestoka pića	5 <input type="checkbox"/> Miješana (rum-cola i sl.)	6 <input type="checkbox"/> Razna alkoholna pića

14. Jesi li u životu uzeo/la neku psihoaktivnu drogu?				
1 <input type="checkbox"/> Nikada	2 <input type="checkbox"/> 1-2 puta	3 <input type="checkbox"/> 3-5 puta	4 <input type="checkbox"/> 6-9 puta	5 <input type="checkbox"/> 10 puta i više

15. Uzimaš li sada?	Ne	Rijetko	Povremeno	Redovito	16. Jesi li imao/la seksualni odnos?
a) marihuanu,	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Da
b) ecstasy,	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> Ne
c) amfetamine,	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	17. S koliko godina si imao/la prvi seksualni odnos?
d) kokain,	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
e) heroin,	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	18. Koliko si partnera imao/la u posljednjih godinu dana?
f) sedativi,	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
g) nešto drugo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	

19. Koristiš li pri seksualnim odnosima:	Ne	Rijetko	Povremeno	Redovito	20. Jesi li do sada bila (bio) na ginekološkom (urološkom) pregledu?
a) kondom	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> Da 2 <input type="checkbox"/> Ne
b) hormonsku kontracepciju,	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	21. Jesi li do sada bila trudna?
c) prekinuti snošaj,	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
d) sigurne dane,	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	22. Ako jesi, kako je trudnoća završila?
e) spermicidna sredstva (pjene, vaginalete),	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
f) intramaterični uložak (spirala)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	
g) ne koristim ništa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> Porodom

23. Molim te, odgovori na sljedeća pitanja koja se odnose na mentalno zdravlje:	Potpuno se slažem	Slažem se	Ne slažem se	Uopće se ne slažem
a) Uglavnom sam zadovoljan/na sa sobom	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b) Ponekad mislim da ne vrijedim ništa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c) Mislim da imam dosta dobrih osobina	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
d) Sposoban/na sam obaviti stvari jednako dobro kao i većina ostalih	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
e) Mislim da se baš nemam čime puno ponositi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
f) Ponekad se osjećam potpuno beskoristan/na	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
g) Osjećam da sam u najmanju ruku jednako vrijedan/na kao i drugi	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
h) Želio/la bih da sebe više poštujem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
i) U cjelini sam sklon/a vjerovati da sam čisti promašaj	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
j) Prema sebi imam pozitivan stav	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

24. Koliko si često u posljednjih sedam dana?	nikada	rijetko	ponekad	stalno
a) Izgubio/la apetit i želju za jelom	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
b) Imao/la poteškoća s koncentracijom	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
c) Osjećao/la se potišteno	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
d) Osjećao/la da obveze možeš obaviti samo uz veliki napor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
e) Osjećao/la se tužno (jadno)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
f) Nisi bio/la u stanju ispuniti svoje obveze (u školi, u kući)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

STATUS

TT		Raspoznavanje boja		Vanjsko spolovilo	
TV		Status zubi		Menarhe	
BMI		Štitnjača		Menstruacijski ciklus	
Tjelesno držanje		Srce		Pregled/Samopregled dojke	
Visus		RR, puls			