

BROJ MOBITELA:

E-MAIL:

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	Zločudne 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			
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			

2. Uzimaš li lijekove zbog neke od tih bolesti (navedi)?

3. Jesi li zbog neke od tih bolesti bio/la dulje vrijeme u bolnici?

1 <input type="checkbox"/> Redovito	1 <input type="checkbox"/> Da
2 <input type="checkbox"/> Povremeno	2 <input type="checkbox"/> Ne
3 <input type="checkbox"/> Ne	

Prehrambene navike

5. Koliko često jedeš kuhanji obrok (varivo, juha, meso, riba, sl.)?

4. Koliko često doručkuješ (osim samo šalice kave ili čaja)?	1 <input type="checkbox"/> Svaki dan
1 <input type="checkbox"/> Svaki dan	2 <input type="checkbox"/> Gotovo svaki dan
2 <input type="checkbox"/> Povremeno	3 <input type="checkbox"/> Rijetko
3 <input type="checkbox"/> Nikada	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?

10. Ako jesи, jesi li u posljednjih mjesec dana pušio/la?

1 <input type="checkbox"/> Ne	1 <input type="checkbox"/> Manje od jedne cigarete dnevno	3 <input type="checkbox"/> Svaki dan 1-5 cigareta
2 <input type="checkbox"/> Da	2 <input type="checkbox"/> Barem jednu cigaretu svaki dan	4 <input type="checkbox"/> Svaki dan više od 5 cigareta

11. Koliko često pišeš 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 napiо/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 pišeš od alkoholnih pića?

<input type="checkbox"/> Ne pijem alkohol	<input type="checkbox"/> Pivo	<input type="checkbox"/> Vino	<input type="checkbox"/> Žestoka pića	<input type="checkbox"/> Miješana (rum-cola i sl.)	<input type="checkbox"/> Razna alkoholna pića
---	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------------	--	---

14. Jesi li u životu uzeo/la neku psihotaktivnu drogu?

<input type="checkbox"/> Nikada	<input type="checkbox"/> 1-2 puta	<input type="checkbox"/> 3-5 puta	<input type="checkbox"/> 6-9 puta	<input type="checkbox"/> 10 puta i više
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	---

15. Uzimaš li sada?

Ne

Rijetko

Povremeno

Redovito

16. Jesi li imao/la seksualni odnos?

a) marihanu,

 Da

b) ecstasy,

 Ne

c) amfetamine,

17. S koliko godina si imao/la prvi seksualni odnos?

d) kokain,

e) heroin,

f) sedativi,

g) nešto drugo.

**19. Koristiš li pri
seksualnim odnosima:**

Ne

Rijetko

Povremeno

Redovito

**20. Jesi li do sada bila (bio) na
ginekološkom (urološkom) pregledu?**

a) kondom

 Da Neb) hormonsku
kontracepciju,

c) prekinuti snošaj,

d) sigurne dane,

e) spermicidna sredstva
(pjene, vaginalete),f) intramaterični uložak
(spirala)

g) ne koristim ništa

**23. Molim te, odgovori na sljedeća pitanja koja se odnose na
mentalno zdravlje:**

Potpuno se
slažem

Slažem se

Ne slažem
seUopće se ne
slažem

a) Uglavnom sam zadovoljan/na sa sobom

b) Ponekad mislim da ne vrijedim ništa

c) Mislim da imam dosta dobrih osobina

d) Sposoban/na sam obaviti stvari jednako dobro kao i većina ostalih

e) Mislim da se baš nemam čime puno ponositi

f) Ponekad se osjećam potpuno beskoristan/na

g) Osjećam da sam u najmanju ruku jednako vrijedan/na kao i drugi

h) Želio/la bih da sebe više poštujem

i) U cijelini sam sklon/a vjerovati da sam čisti promašaj

j) Prema sebi imam pozitivan stav

24. Koliko si često u posljednjih sedam dana?

nikada

rijetko

ponekad

stalno

a) Izgubio/la apetit i želju za jelom

b) Imao/la poteškoća s koncentracijom

c) Osjećao/la se potišteno

d) Osjećao/la da obveze možeš obaviti samo uz veliki napor

e) Osjećao/la se tužno (jadno)

f) Nisi bio/la u stanju ispuniti svoje obveze (u školi, u kući)

STATUS

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