**Ime i prezime pacijenta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum Rođenja: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_** **Današnji datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_**

**Upitnik spremnosti na tranziciju (TRAQ)**

***Upustva za decu i adolecente:*** Molim da označiš polje koje po tebi najbolje opisujenivo tvoje sposobnostiu sledećim oblastima koja su bitna za prelazak (tranziciju) ka zdravstvenoj nezi odraslih. Ne postoji tačan ni pogrešan odgovor i poverljivost tvojih podataka je zagarantovana.

***Uputstva za staratelje/roditelje:*** Ako Vaše dete nije sposobno da samostalno popuni upitnik, molim Vas da označite polje koje najbolje po Vama opisuje njegov nivo sposobnosti. **Označite ovde** ako roditelj /staratelj popunjava ovaj upitnik □

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ne, ne znam kako | Ne, ali bih želeo da naučim | Ne, ali učim kako to da uradim | Da, počeo sam to da radim | Da, ja to uvek radim kada je potrebno |
| **KORIŠĆENJE LEKOVA** |
| 1.Da li sam podižeš lekove u apoteci kada je potrebno? |  |  |  |  |  |
| 2. Da li znaš šta treba da uradiš ako dobiješ neželjenu reakciju na lek? |  |  |  |  |  |
| 3. Da li sam/a uzimaš lekove i na ispravan način? |  |  |  |  |  |
| 4. Da li poručuješ lekove pre nego što ostaneš bez njih? |  |  |  |  |  |
| **KONTROLE I PREGLEDI** |
| 5. Da li sam zakazuješ pregled kod svog lekara? |  |  |  |  |  |
| 6. Da li sam/a zakazuješ dopunske preglede koje zatraži tvoj lekar (vađenje krvi, dopunska dijagnostika)? |  |  |  |  |  |
| 7. Da li sam/a organizuješ odlazak na kontrolni pregled? |  |  |  |  |  |
| 8. Da li sam/a zoveš doktora kada se dođe do promene tvog zdravstvenog stanja (npr.alergijska reakcija)? |   |  |  |  |  |
| 9. Da li se ćeš tražiti drugi vid zdravstvenog osiguranja kada budeš punoletan (napr. privatno ili neki drugi vid osiguranja)? |  |  |  |  |  |
| 10. Da li znaš šta pokriva tvoje zdravstveno osiguranje? |  |  |  |  |  |
| 11. Da li si do sada imao/la prilike da raspolažeš džeparcem ili da koristiš vlastiti bankovni račun? |  |  |  |  |  |
| **PRAĆENJE ZDRAVSTVENOG STANJA** |
| 12. Da li znaš osnovne informacije o svojoj bolesti i alergijama ako ih imaš? |  |  |  |  |  |
| 13. Da li beležiš tačan datum sledećeg kontrolnog pregleda (u vidu podsetnika na mobilnom/kalendaru)? |  |  |  |  |  |
| 14. Da li imaš naviku da napraviš spisak pitanja za lekara pre odlaska na zakazani kontrolni pregled? |  |  |  |  |  |
| 15. Da li dobijaš finansijsku pomoć u vidu stipendije ili zarađuješ? |  |  |  |  |  |
| **RAZGOVOR SA MEDICINSKIM OSOBLJEM** |
| 16. Da li kažeš svom doktoru ili medicinskoj sestri kako se osećaš? |  |  |  |  |  |
| 17. Da li odgovaraš samostalno na pitanja koja ti postave lekar ili medicinska sestra? |  |  |  |  |  |
| **OBAVLJANJE SVAKODNEVNIH AKTIVNOST**I |
| 18. Da li učestvuješ u planiranju ili pripremanju obroka/hrane? |  |  |  |  |  |
| 19. Da li čistiš sam/a svoju sobu ili pomažeš u čišćenju stana/kuće? |  |  |  |  |  |
| 20. Da li obavljaš samostalno nabavku namirnica i osnovnih potrebština u blizini tvoje kuće? |  |  |  |  |  |

**© Wood, Sawicki, Reiss, Livingood & Kraemer, 2014**