Chestionar pentru identificarea suspiciunii de infectie cu SARS-CoV-2

Nume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prenume \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data nasterii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Act identitate: \_\_\_ Serie \_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Ati locuit / vizitat in ultima luna zone sau tari in care se aflau persoane suferind din cauza infectiei cu noul coronavirus?**

☐ DA

☐ NU

**2. Ati intrat in contact direct cu persoane, care in ultima luna, au locuit / vizitat zone / tari in care se aflau persoane suferind din cauza infectiei cu noul coronavirus?**

☐ DA

☐ NU

**3. Ati intrat in contact direct cu persoane care au fost confirmate cu infectie cu noul coronavirus (SARS-CoV-2) in ultimele 30 de zile?**

☐ DA

☐ NU

**4. Ati fost spitalizat in ultimele 30 de zile?**

☐ DA

☐ NU

Daca da, mentionati spitalul / clinica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Ati avut una sau mai multe dintre urmatoarele simptome in ultimele 30 de zile?**

- Febra

☐ DA

☐ NU

- Dureri de cap

☐ DA

☐ NU

- Dificultatea de a respira

☐ DA

☐ NU

- Dificultatea de a inghiti

☐ DA

☐ NU

- Tuse intensa

☐ DA

☐ NU

- Oboseala instalata fara explicatie

☐ DA

☐ NU

Prin prezenta imi dau consimtamantul, in conformitate cu Regulamentul (UE) 679/2016 al Parlamentului European si al Consiliului din 27.04.2016, privind protectia datelor persoanelor fizice in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal si privind libera circulatie a acestora.

Data completarii: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_