

CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE ÎMBOLNĂVIRE CU COVID-19  
LA PACIENȚII CARE SE PREZINTĂ LA AUTO DORINA MEDICAL

NUME ȘI PRENUME/CNP: .....

.....

*Notă:* se bifează răspunsul corespunzător sau se completează numărul de zile

1. Ați călătorit în ultimele 14 zile în afara României?

DA  Dacă DA, vă rog să specificați țara ..... NU

2. Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu pacienți diagnosticați cu COVID-19 sau cu suspiciune de infecție cu COVID-19?

DA  (precizați nr.de zile scurse de la contact până la momentul prezentării ..... zile) NU

3. Ați fost în izolare la domiciliu sau în carantină?

DA  Dacă DA, vă rog să prezentați avizul epidemiologic de ieșire din izolare sau carantină eliberat de către medicul de familie sau de către Direcție de Sănătate Publică. NU

4. Prezentați unul din simptome: tuse, febră, dureri de gât, lipsa gustului/mirosului, dificultăți respiratorii (scurtarea respirației)?

DA  Dacă DA, vă rog să specificați care ..... NU

Am luat la cunoștință de faptul că nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infectocontagioase se sancționează conform art. 352 din Codul Penal sau art. 34 lit. M) din H.G. nr. 857/2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice, cu modificările și completările ulterioare.

Data,

Semnătura pacient