

**RECOMANDĂRI REFERITOARE LA
PREVENIREA INFECȚIILOR VIRALE
ÎN PERIOADA POST STARE DE URGENȚĂ**



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

Nume _____

Prenume _____

Data nașterii _____

Act de identitate: _____ Serie _____ nr. _____

CNP _____

1. Ați locuit/vizitat în ultima lună zone/țări în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu noul coronavirus?

Da

Nu

2. Ați intrat în contact direct cu persoane care, în ultima lună, au locuit /vizitat zone/țări în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu noul Coronavirus?

Da

Nu

3. Ați intrat în contact direct cu persoane care au fost confirmate cu infecție cu noul coronavirus (SARS-CoV-2) în ultimele 30 zile?

Da

Nu

4. Ați fost spitalizat în ultimele 30 zile?

Da

Nu

Dacă da, menționați spitalul/clinica : _____

5. Ați avut una sau mai multe dintre următoarele simptome în ultimele 30 zile?

- Febră:

Da

Nu

- Dureri de cap:

Da

Nu

RECOMANDĂRI REFERITOARE LA PREVENIREA INFECȚIILOR VIRALE ÎN PERIOADA POST STARE DE URGENȚĂ



AUTORITATEA NAȚIONALĂ
DE MANAGEMENT AL
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE

ANMCS

- Dificultatea de a respira:

- Da
- Nu

- Dificultatea de a înghiți:

- Da
- Nu

- Tuse intensă:

- Da
- Nu

- Oboseală instalată fără explicație:

- Da
- Nu

Prin prezenta îmi dau consimțământul, în conformitate cu Regulamentul (UE) 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului din 27.04.2016, privind protecția datelor personale fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestora.

Data completării: _____

Semnătura: _____