CHESTIONAR PENTRU EVALUARE RISCULUI DE IMBOLNAVIRE CU COVID-19 LA PACIENTII CARE SE PREZINTA LA REGISTRATURA/RECEPTIE

Nume si Prenume:

Data:

Nr.Registru:

Subsemnata(ul), (nume, prenume) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data nasterii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cunoscand prevederile Art.326 din Codul Penal cu privire la falsul in declaratii, declar pe propria raspundere ca toate informatiile furnizate prin completarea prezentului chestionar sunt complete, corecte si valabile la momentul semnarii acestuia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NR. CRT. | INTREBARE | DA | NU | NU STIU |
| 1 | Ati fost bolnav in ultimele 2 saptamani? |  |  |  |
| 2 | Aveti febra ( peste 37,3◦C) |  |  |  |
| 3 | Tusiti in prezent? |  |  |  |
| 4 | Aveti dureri in gat? |  |  |  |
| 5 | Aveti senzatia de scurtare a respiratiei (cresterea frecventiei respiratorii)? |  |  |  |
| 6 | V-ati pierdut simtul mirosului sau al gustului? |  |  |  |
| 7 | Ati fost in contact cu cineva care are vreunul din aceste simptome? |  |  |  |
| 8 | Ati calatorit in ultimele saptamani intr-o zona cu risc ridicat pentru COVID-19, national sau international? Daca DA, va rog sa precizati data intoarcerii in localitate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; numarul de zile scurse de la data intoarcerii \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |
| 9 | Lucrati intr-un spital/casa de ingrijire medicala bolnavi sau batrani sau un centru de sanitate? |  |  |  |
| 10 | Ati fost in contact cu cineva care are COVID-19? |  |  |  |
| 11 | Ati fost diagnosticat cu COVID-19? |  |  |  |
| 12 | Locuiti intr-o gospodarie cu cineva care a fost diagnosticat cu infectie COVID-19 sau are simptome COVID-19 (febra, tuse, pierdere de miros)? |  |  |  |
| 13 | Daca ati fost diagnosticat cu COVID-19 si v-ati recuperat, detineti documente medicale care sa certifice eliminarea infectiei? |  |  |  |
| 14 | Aveti o afectiune medicala severa precum diabetul, boli respiratorii, boli renale cronice, etc? |  |  |  |

Astfel, cunoscand prevederile art.352 din Codul Penal cu privire la zadarnicirea combaterii bolilor:

(1) Nerespectarea masurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infecto-contagioase, daca a avut ca urmare raspandirea unei asemenea boli, se pedepseste cu inchisoare de la 6 luni la 2 ani sau cu amenda.

(2) Daca fapta prevazuta in alin (1) este savarsita din culpa, pedeapsa este inchisoarea de la 1 luna la 6 luni sau cu amenda.

In contextual necesitatii efectuarii cu celeritate a triajului pacientilor, declar ca:

La momentul completarii prezentului chestionar nu ma aflu sub incidenta niciunei masuri restrictive impuse de autoritatile nationale pe teritoriul roman si / sau al altor state in care am calatorit precum: restrictii de tip carantina, autoizolare, parasirea domiciliului / statului.

In cazul in care personalul medical considera necesara masura autoizolarii / izolarii, ma voi conforma in totalitate deciziilor, indrumarilor acestuia si voi respecta materialul informativ pe care il voi primi.

Semnatura Pacient \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr. Telefon\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsabil Evaluare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_