

## CHESTIONAR PENTRU IDENTIFICAREA SUSPICIUNII DE INFECȚIE CU SARS-COV-2

Nume: \_\_\_\_\_  
Prenume: \_\_\_\_\_  
Data nașterii: \_\_\_\_\_  
Act de identitate: \_\_\_\_\_ seria \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
CNP: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

1. Ați fost diagnosticat cu infecție cu noul coronavirus (SARS-CoV-2)

DA  NU

Dacă Da, menționați:

- perioada de internare/izolare:

2. Ați intrat în contact direct cu persoane care au fost confirmate cu infecție cu noul coronavirus (SARS-CoV-2) în ultimele 14 zile?

DA  NU

3. Ați fost plasat în carantina/izolare în ultimele 14 zile?

DA  NU

4. Ați avut unul sau mai multe simptome în ultimele 14 zile?

- |                            |                             |                             |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| - Febră                    | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| - Dureri de cap            | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| - Dificultate de a respira | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| - Dificultate de a înghiți | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| - Tuse intensă             | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |
| - Lipsa gust / miros       | <input type="checkbox"/> DA | <input type="checkbox"/> NU |

Semnătura: \_\_\_\_\_

În vederea efectuării consultului medical îmi dau acordul pentru prelucrarea datelor cu caracter personal ale mele / ale persoanei pe care o însoțesc în condițiile prevăzute de Regulamentul (UE) 2016/679”.

Semnătura: \_\_\_\_\_

Data completării: \_\_\_\_\_