



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

Nume _____ Prenume _____

Data nașterii _____ Adresa _____

1. Ați intrat în contact direct în ultimele 14 zile cu persoane diagnosticate cu virusul SARS-CoV-2 (COVID 2019)?
 DA NU
2. Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au prezentat simptome asociate infecției virusului SARS-CoV-2 (COVID 2019)?
 DA NU
3. Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au stat în izolare/carantină impusă de autorități?
 DA NU
4. V-a fost impusă în ultimele 14 zile izolarea sau carantina în domiciliu de către autorități?
 DA NU
5. Ați avut în ultimele 14 zile unul dintre simptomele de mai jos?

- Febră	DA / NU
- Tuse	DA / NU
- Respirație greoaie/dificultăți la respirație	DA / NU
- Frisoane	DA / NU
- Dureri musculare	DA / NU
- Dureri de cap	DA / NU
- Dureri de gât	DA / NU
- Greață, diaree, vărsături	DA / NU
- Pierdere de gust sau miros	DA / NU

Am luat la cunoștință faptul că nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infecțioase se sancționează conform art. 352 din Codul Penal și art. 34. lit. m) din Hotărârea Guvernului nr. 857/2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor în normele din domeniul sănătății publice, modificările și completările ulterioare.

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 _____