



CHESTIONAR DE EVALUARE A RISCULUI DE ÎMBOLNĂVIRE CU COVID-19

Nume și prenume _____

Data nașterii _____

Telefon _____

cunoscând prevederile Art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declarații, declar pe propria răspundere că toate informațiile furnizate prin completarea prezentului chestionar sunt complete, corecte și valabile la momentul semnării acestuia.

1. Prezentați unul sau mai multe din următoarele simptome?

Tuse	☐ DA	☐ NU	☐ NU STIU
Febra	☐ DA	☐ NU	☐ NU STIU
Scurtarea respirației (creșterea frecvenței respiratorii)	☐ DA	☐ NU	☐ NU STIU

2. Aveți istoric de călătorie sau spitalizare în ultimele 14 zile ?
☐ DA ☐ NU

Dacă DA, numele spitalului / țării _____

3. Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu persoane cu suspiciune sau diagnosticate cu infecție COVID-19?
☐ DA ☐ NU

Dacă DA, precizați numărul de zile scurse de la contact până la momentul prezentării..... zile

4. Astfel, cunoscând prevederile art. 352 din Codul Penal cu privire la zădărnicierea combaterii bolilor:
(1) Nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infecto-contagioase, dacă a avut ca urmare răspândirea unei asemenea boli, se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani sau cu amendă.
(2) Dacă fapta prevăzută în alin. (1) este săvârșită din culpă, pedeapsa este închisoarea de la o lună la 6 luni sau amendă.

5. În contextul necesității efectuării cu celeritate a triajului persoanelor, declar că:
La momentul completării prezentului chestionar nu mă aflu sub incidența niciunei măsuri restrictive impuse de autoritățile naționale pe teritoriul român și / sau al altor state în care am călătorit precum: restricții de tip carantină, autoizolare, părăsirea domiciliului / statului.
În cazul în care personalul medical consideră necesară măsura autoizolării / izolării, mă voi conforma în totalitate deciziilor, îndrumărilor acestuia și voi respecta materialul informativ pe care îl voi primi.

SEMNĂTURĂ: _____

ASISTENT MEDICAL: _____

Data: _____