

**Chestionar pentru evaluarea suspiciunii de infecție cu SARS-CoV-2****Date de identificare :**

Nume _____ Prenume _____

CI / BI / Pașaport seria _____ nr _____ Data nașterii _____ Sex : M F

Țara de origine _____

Număr de telefon _____ Adresa de e-mail _____

- Ați intrat în contact în ultimele 7 zile cu persoane diagnosticate cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?
DA **NU**
- Ați interacționat în ultimele 7 zile cu persoane care au prezentat simptome asociate infecției cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?
DA **NU**
- Ați interacționat în ultimele 7 zile cu persoane care au stat în izolare/carantină impusă de autorități?
DA **NU**
- V-a fost impusă în ultimele 7 zile izolarea sau carantina la domiciliu de către autorități?
DA **NU**
Dacă DA, vă rugăm să specificați data intrării și data ieșirii din izolare/ carantină _____
- Ați fost spitalizat în ultimele 7 de zile?
DA **NU**
Dacă DA, vă rugăm menționați spitalul/ clinica și data externării

- Prezentați unul sau mai multe dintre simptomele de mai jos?

Febră	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
Dureri de cap	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
Dificultatea de a respira	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
Dificultatea de a înghiți	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
Tuse intensă	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
Oboseală instalată fără explicație	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
Mialgii (dureri musculare)	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
Coriza (guturai)	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
Anorexie (lipsa poftei de mâncare)	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>



Greață/ Vărsături	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
Diaree	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
Lipsa gustului sau a mirosului	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
Status mental alterat	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>

Prin prezenta îmi dau consimțământul, în conformitate cu Regulamentul (UE) 679/2019 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.

INFORMARE:

În vederea prevenirii contaminării cu noul coronavirus SARS-CoV-2, pe perioada stării de alertă, vă rugăm să completați chestionarul de mai sus.

Informațiile solicitate sunt prelucrate în conformitate cu prevederile Regulamentului nr. 679/2016 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date ("Regulamentul"), cu respectarea strictă a principiilor legate de drepturile fundamentale, în scopul sănătății publice, având ca temei legal protejarea interesului vital al persoanei vizate sau al altor persoane fizice [art. 6, alin. (1), lit. d) din Regulament]. Persoanele ale căror date personale sunt prelucrate beneficiază de dreptul de a-și exercita drepturile de modificare, intervenție și opoziție, printr-o cerere semnată, datată și scrisă adresată operatorului de date.

- Înțeleg că refuzul de a completa chestionarul atrage imposibilitatea accesării serviciului medical solicitat, în scopul eliminării eventualelor amenințări la adresa sănătății publice a pacienților și personalului Centrului Medical Medsana, precum și a oricăror contacti ulteriori ai acestora.
- Înțeleg că informațiile furnizate pot fi transmise către și consultate și prelucrate de către Direcția de Sănătate Publică București, cu consultarea autorităților române desemnate care nu au competențe în domeniul sănătății publice și a gestionării situațiilor de urgență/criză.
- Am luat notă și sunt conștient de informațiile furnizate aici și de importanța acestora.
- Declar că toate răspunsurile furnizate la întrebările de mai sus corespund în totalitate situației mele actuale.
- Am luat la cunoștință că nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infectocontagioase se sancționează conform art. 352 din Codul penal (Zădărnicierea combaterii bolilor) și a art. 34 litera m) din Hotărârea Guvernului nr. 857/2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice, cu modificările și completările ulterioare.

Declar pe propria răspundere că cele menționate mai sus sunt conforme cu realitatea.

Data completării _____ Semnătura _____