

TEMPERATURA
..... °C
(se măsoară la triajul epidemiologic)

**CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA
RISULUI DE ÎMBOLNĂVIRE CU COVID-19**

Nume Prenume.....
Nr. telefon.....

1. Ați prezentat un debut brusc a cel puțin unuia dintre simptome: tuse intensă/seacă, temperatură peste 37,3 °C, durere în gât, dificultatea de a respira, dificultatea de a înghiți, rinoree, durere în gât, dureri musculare, oboseală, dureri de cap, vărsături, diaree?

DA NU

2. Ați locuit/vizitat în ultimele 14 zile zone în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu coronavirus (COVID-19)?

DA NU

3. Ați intrat în contact direct cu persoane care, în ultimele 14 zile, au locuit/vizitat zone în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu coronavirus (COVID-19)?

DA NU

4. Ați avut o călătorie internațională în ultimele 14 zile?

DA NU

5. Ați avut contact fizic direct cu un caz COVID-19 (ex. strângere de mână neurmată de igiena mâinilor) în ultimele 14 zile?

DA NU

6. Ați avut contact față în față cu un caz de COVID-19 la o distanță mai mică de 2 m și pe o durată de peste 15 min în ultimele 14 zile?

DA NU

7. Ați fost în aceeași încăpere cu un caz COVID-19, timp de minim 15 min și la o distanță mai mică de 2 m, în ultimele 14 zile?

DA NU

8. Sunteți o persoană care acordă îngrijire directă unui persoane cu COVID-19?

DA NU

9. Ați călătorit împreună cu o persoană cunoscută cu COVID-19 sau ați acordat îngrijire în avion unei persoane cunoscute cu COVID-19 în ultimele 14 zile?

10. V-ați vaccinat împotriva COVID-19: DA NU

11. Dacă ați răspuns cu „DA” la întrebarea anterioară, ce tip de vaccin vi s-a administrat:

Pfizer Johnson@Johnson Moderna Astra Zeneca

Data ultimei vaccinări împotriva COVID-19: _____ Doza: I II Booster

Data completării: _____ Semnătura: _____

Date cu caracter personal, prelucrate în conformitate cu prevederile Legii nr. 190/2018 și a Regulamentului (UE) nr. 679/2016