

MINISTERUL AFACERILOR INTERNE  
JANDARMERIA ROMÂNĂ  
Școala Militară de Subofițeri de Jandarmi "Petru Rareș" Fălticeni



**FORMULAR DE EVALUARE EPIDEMIOLOGICĂ PRELIMINARĂ**  
pentru elevii Școlii Militare de Subofițeri de Jandarmi  
„Petru Rareș” Fălticeni

Antecedente privind infecția:

- **DA** :

- o Tratament ca urmare a infectării în perioada : \_\_\_\_\_;
- o Infectat în prezent din data de \_\_\_\_\_;
- (aflat în izolare până în data de \_\_\_\_\_).

- **NU**.

**Vaccinare:**

- Vaccinat(ă) cu ambele doze DA  NU
- Administrat prima doză la data de: \_\_\_\_\_ în localitatea \_\_\_\_\_;
- (necesar rapel la data de: \_\_\_\_\_) Tip vaccin \_\_\_\_\_;
- Intenția de vaccinare:
  - **Nu** intenționez să mă vaccinez;
  - **Da**, intenționez să mă vaccinez
    - o Prin programare personală DA  NU
    - o Prin Centrul Medical care arondează unitatea de învățământ: DA  NU
    - o Numele și prenumele<sup>1</sup> \_\_\_\_\_;
    - o Tipul de vaccin cu care doresc vaccinarea \_\_\_\_\_;
    - o CNP \_\_\_\_\_;
    - o Telefon \_\_\_\_\_;
    - o Email \_\_\_\_\_.

<sup>1</sup> prin semnare sunt de acord cu utilizarea și prelucrarea datelor cu caracter personal din prezentul document

## Chestionar situație/antecedente medicale:

- o Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu persoane diagnosticate cu virusul SARS-CoV-2 (COVID 19)? DA  NU
- o Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au prezentat simptome asociate infecției cu virusul SARS-CoV-2 (COVID 19)? DA  NU
- o Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au stat în izolare/carantină impusă de autorități? DA  NU
- o V-a fost impusă în ultimele 14 zile izolarea sau carantina la domiciliu de către autorități? DA  NU
- o Ați avut în ultimele 14 zile unul din simptomele de mai jos?
  - febră DA  NU
  - tuse DA  NU
  - respirație greoaie / dificultăți în 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
- o Care sunt bolile de care suferiți? Detaliați:

SEMNĂTURA \_\_\_\_\_

*Documentul listat și semnat se prezintă personal de elevi la sosirea în școală la data de 04.05.2021.*

I prin semnare sunt de acord cu utilizarea și prelucrarea datelor cu caracter personal din prezentul document