

ANEXA 1

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

Nume \_\_\_\_\_

Prenume \_\_\_\_\_

Data nașterii \_\_\_\_\_

Act de identitate: \_\_\_\_\_ Serie \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

CNP \_\_\_\_\_

**1. Ați locuit/vizitat în ultima lună zone/țări în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu noul coronavirus?**

Da

Nu

**2. Ați intrat în contact direct cu persoane care, în ultima lună, au locuit /vizitat zone/țări în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu noul Coronavirus?**

Da

Nu

**3. Ați intrat în contact direct cu persoane care au fost confirmate cu infecție cu noul coronavirus (SARS-CoV-2) în ultimele 30 zile?**

Da

Nu

**4. Ați fost spitalizat în ultimele 30 zile?**

Da

Nu

**Dacă da, menționați spitalul/clinica :** \_\_\_\_\_

**5. Ați avut una sau mai multe dintre următoarele simptome în ultimele 30 zile?**

**- Febră:**

Da

Nu

**- Dureri de cap:**

Da

Nu

# RECOMANDĂRI REFERITOARE LA PREVENIREA INFECȚIILOR VIRALE ÎN PERIOADA POST STARE DE URGENȚĂ



AUTORITATEA NAȚIONALĂ  
DE MANAGEMENT AL  
CALITĂȚII ÎN SĂNĂTATE

ANMCS

- *Dificultatea de a respira:*

Da

Nu

- *Dificultatea de a înghiți:*

Da

Nu

- *Tuse intensă:*

Da

Nu

- *Oboseală instalată fără explicație:*

Da

Nu

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:** \_\_\_\_\_