

CHESTIONAR INTEROGARE PACIENȚI
privind posibilă contaminare cu coronavirus

NUME,PRENUME PACIENT _____
DOMICILIUL _____
NR. TELEFON _____

TIMPUL ESTIMAT DE ȘEDERE ÎN ROMÂNIA (*doar pentru pacienții care tranzitează România sau se află temporar în țară*) _____

1. Ați locuit/vizitat zone în care se aflau persoane suferind din cauza infecției cu SARS-CoV2 (COVID -19)?

Da

Nu

Dacă răspunsul este da, menționați localitatea /regiunea și data/perioada de timp :

2. Ați venit în contact direct cu persoane suferind din cauza infecției cu SARS-CoV2 (COVID -19) la serviciu, în vecinătatea locuinței , vizite amicale, familiale sau vizitând unități medicale ori alte genuri de locuri în ultimele 14 zile?

Da

Nu

3. Ați avut sau aveți una sau mai multe dintre următoarele simptome?

SIMPTOM	DA	NU
Febră		
Dificultatea de a înghiți		
Dificultatea de a respira		
Tuse , strănut		
Simptome digestive (dureri abdominale, diaree) apărute în ultimele zile		
Dureri de cap, Stare de oboseală, dureri musculare		
Pierdere miros, nas înfundat, pierderea gustului		

4. Membrii familiei Dvs. prezintă aceste simptome?

Da

Nu

5. Suferiți de o patologie cronică sau afecțiune care vă reduce imunitatea?

Da

Nu

Dacă răspunsul este DA, precizați diagnosticul _____

- în contextul evoluției Pneumoniei cu noul coronavirus 2019-nCOV, începînd cu ianuarie 2020, pentru depistarea precoce a persoanelor posibil infectate și limitarea transmiterii acestui virus, îmi exprim acordul cu prelucrarea datelor prevăzute în prezentul chestionar, de către Spitalul Dr. Karl Diel Jimbolia, cu respectarea prevederilor legale privind protecția datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu respectarea strictă a principiilor legate de drepturile fundamentale. Persoanele ale căror date sunt prelucrate beneficiază de dreptul de a-și exercita dreptul de modificare, intervenție în opoziție, printr-o cerere scrisă, semnată, datată adresată Spitalului Dr. Karl Diel Jimbolia.
- sunt conștient de faptul că refuzul de a completa prezentul formular poate împiedica diagnosticarea corectă și aplicarea tratamentului corespunzător, împiedicarea efectuării anchetei epidemiologice de către personalul avizat, în scopul eliminării eventualelor amenințări la adresa sănătății populației.
- sunt de acord ca informațiile furnizate să fie prelucrate de Spitalul Dr. Karl Diel Jimbolia în scopul diagnosticării corecte și pentru raportarea corectă a naturii infecțioase a bolii.
- am luat notă și sunt conștient de informațiile furnizate
- declar că toate răspunsurile furnizate la întrebările de mai sus corespund în totalitate situației mele actuale.

Data _____

Semnătura pacient _____

DATE CARE SE COMPLETEAZĂ DE ASISTENTA DE TRIAJ

Data și ora efectuării triajului _____

Valoarea temperaturii corporale _____

Neexpus **Pacient expus asimptomatic** **Pacient expus simptomatic**

SUSPECT CORONAVIRUS

Da

Nu

Semnătura asistent medical
