

CHESTIONAR CORONAVIRUS

Nume _____

Prenume _____

Data nașterii _____

Act de identitate: _____ Serie _____ nr. _____

CNP _____

1. Ați avut contact direct cu persoane confirmate pozitiv cu SARS - CoV 2 în ultimele 14 zile?

Da

Nu

2. Ați avut contact direct cu persoane care au prezentat simptomatologie² sugestivă pentru COVID-19 în ultimele 14 zile?

Da

Nu

3. Ați avut contact direct cu persoane aflate în carantină/izolare în ultimele 14 zile?

Da

Nu

4. Ați avut contact direct cu persoane întoarse din străinătate în ultimele 14 zile?

Da

Nu

5. Ați călătorit în străinătate în ultimele 14 zile? În caz afirmativ, în ce țară și în ce perioadă?

Da, _____ / _____

Nu

6. Ați fost spitalizat/ă în ultimele 14 zile? În caz afirmativ, menționați unitatea sanitară unde ați fost spitalizat/ă.

Da, _____

Nu

¹Date cu caracter personal, prelucrate în conformitate cu prevederile Legii nr. 190/2018 și a Regulamentului (UE) nr. 679/2016;

²Febră, tuse, dureri de cap, dureri musculare, dureri în gât, coriză (secreții nazale apoase/mucoase), obstrucție nazală, dispnee (dificultăți în respirație), astenie (oboseală fizică), anorexie (lipsa poftei de mâncare). Grețuri, vărsături, diaree, anosmie (pierderea parțială/totală a mirosului), ageuzie (pierderea parțială/totală a gustului).

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

7. Ați avut una sau mai multe dintre următoarele simptome în ultimele 14 zile?

Simptome	Da	Nu
Febră		
Tuse		
Dureri de cap		
Dureri musculare		
Dureri în gât		
Coriză (secreții nazale apoase/mucoase) ± obstrucție nazală		
Dispnee (dificultăți în respirație)		
Astenie (oboseală fizică)		
Anorexie (lipsa poftei de mâncare)		
Grețuri		
Vărsături		
Diaree		
Anosmie (pierderea parțială/totală a mirosului)		
Ageuzie (pierderea parțială/totală a gustului)		

8. Ați fost confirmat/ă pozitiv cu infecție cu SARS-CoV-2 ? În caz afirmativ, la ce dată?

Da, _____

Nu

9. Perioada de izolare/carantină dispusă ca urmare a evenimentului epidemiologic (dacă este cazul):

10. Ați fost vaccinat/ă împotriva COVID-19? Dacă da, care a fost data efectuării vaccinului? (doza 1 și doza 2)

Da, _____

Nu

Mă angajez ca orice modificare a aspectelor declarate mai sus, la oricare din punctele 1-10, să o aduc la cunoștința instituției, la numărul de telefon 0234 344 149 sau la adresa de email smaptgocna@anp.gov.ro.

Data completării: _____

Semnătura: _____

¹Date cu caracter personal, prelucrate în conformitate cu prevederile Legii nr. 190/2018 și a Regulamentului (UE) nr. 679/2016;

²Febră, tuse, dureri de cap, dureri musculare, dureri în gât, coriză (secreții nazale apoase/mucoase), obstrucție nazală, dispnee (dificultăți în respirație), astenie (oboseală fizică), anorexie (lipsa poftei de mâncare). Grețuri, vărsături, diaree, anosmie (pierderea parțială/totală a mirosului), ageuzie (pierderea parțială/totală a gustului).

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