

CHESTIONAR TRIAJ EPIDEMIOLOGIC

A. DATE PACIENT: Nume _____ Data nasterii _____ Telefon _____	
B. CONTACT CU PERSOANE INFECTATE În ultimele 14 zile, ați călătorit în afara României? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU Unde _____ Mijloc de transport - Avion / Tren / Auto / Vapor În ce dată v-ați întors? ___ / ___ / 2021	C. PROBLEME DE SANATATE ACUTE _____ CRONICE _____ MEDIC DE FAMILIE _____
Ati intrat în contact cu persoane diagnosticate cu COVID-19, carantinate, sau izolate ? <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU	
* Cunoșcând că falsul în declarații se pedepsește conform legii, declar pe propria răspundere ca datele declarate mai sus sunt în concordanță cu realitatea și ca voi informa autoritățile din sanatare publica dacă ma voi afla într-o situație cu risc.	

Cititi, respectati si aplicati urmatoarele, pe toata durata prezentei dv in clinica:

1. Riscul de contaminare, inclusiv cu SarsCov2 se mentine ridicat, deoarece au acces persoane cu alte afectiuni medicale, care pot fi infectate si asimptomatice, desi urmeaza procedura de triaj epidemiologic.
2. In clinica se aplica protocoale de sterilizare si dezinfectie pentru aer si suprafete, inclusiv cu radiatie UV, precum si masuri de protectie pentru personal si pacienti.
3. Personalul si pacientii au obligatia de a purta masca pe toata perioada stationarii in clinica cu exceptia situatiei in care procedurile medicale implica indepartarea acesteia (ORL, stomatologie, etc).
4. Procedura de dezinfectie a mainilor se efectueaza obligatoriu la intrarea in clinica si se repeta pe parcursul stationarii de cate ori este nevoie, precum si la parasirea clinicii.

* Sunt de acord sa sprijin toate demersurile si orice eventuală ancheta epidemiologica in care as putea fi inclus, daca va fi nevoie, in scopul limitarii raspandirii epidemiei cu COVID 19.

* Prezenta declarație este sub sancțiunea prevederilor Art. 326 "FALSUL IN DECLARAȚII" din Legea nr. 286/2009, privind CODUL PENAL, cu modificările ulterioare.

D. SIMPTOMATOLOGIE LA DATA PREZENTEI IN CLINICA (se completeaza doar de catre personalul medical)
<input type="checkbox"/> Tuse - DA/NU <input type="checkbox"/> Respiratie dificila - DA/NU <input type="checkbox"/> Oboseală- DA/NU
Altele _____
Data apariției primului simptom: ___ / ___ / 2021 TEMPERATURA PACIENT _____

DATA: ___ / ___ / 2021

Semnătură Pacient: _____