

## Chestionar evaluare pacienti – Cabinete Ambulatoriu

Nume si prenume .....

Data nasterii .....

Adresa de domiciliu .....

Telefon .....

1. V-ati deplasat in strainatate in ultimile 14 zile? Daca da, precizati in ce zona\*\*  
DA (si unde) ..... / NU .....
2. Ati interactionat in ultimile 14 zile cu persoane infectate sau suspecte a fi infectate cu Coronavirus SARS  
CoV-2 (COVID-19)?  
DA (si unde) ..... / NU .....
3. Ati fost spitalizat in ultimile trei saptamani?  
DA (si unde) ..... / NU .....

4. Ati avut in ultimile 14 zile una sau mai multe dintre urmatoarele simptome:

Febra	DA	NU
Dificultate de a inghiti	DA	NU
Dificultate de a respira	DA	NU
Dureri musculare	DA	NU
Tuse intensa	DA	NU

Am luat la cunostiinta de faptul ca nerespectarea masurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolii infectioase se sanctioneaza conform art. 352 din Codul penal si a art. 34 lit. m) din H.G. 857/2011 privind stabilirea si sanctionarea contravențiilor la normele din domeniul sanatatii publice, cu modificarile si completari ulterioare.

Data completarii

.....

Semnatura

.....

LEGENDA pentru personalul medical:

Risc crescut de contagiozitate = „DA” la punctul 4.

Risc crescut de expunere = „DA” la punctele 1,2 si 3

Risc scazut = „NU” la toate intrebarile

\*\* lista zonelor cu transmitere comunitara extinsa a COVID-19 se gaseste pe site-ul [www.cnscbt.ro](http://www.cnscbt.ro)