

**CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE ÎMBOLNĂVIRE CU COVID-19
PENTRU PACIENTII CARE SE PREZINTA LA SPITALUL DE REABILITARE MEDICALA EUROTRAT**

NR REGISTRU.....

DATA/...../2020

NUME-PRENUME.....

1. Sunteți cetățean/rezident în țări /zone* cu transmitere comunitară extinsă a COVID-19?
DA NU
 - a. Dacă DA, sunteți în primele 14 de zile de la plecarea din țară/zonă?
DA NU
2. Ați călătorit în ultimele 14 de zile în țări/zone* cu transmitere comunitară extinsă a COVID-19?
DA NU
3. Ați participat în ultimele 14 zile la Conferințe/Întruniri cu participare internațională sau alte activități inclusiv recreative ce au presupus aglomerări de persoane venite din zone afectate?
DA NU
4. Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu pacienți diagnosticați cu COVID-19 sau cu suspiciune de infecție cu COVID-19?
DA (precizați numărul de zile scurse de la contact până la momentul prezentării:zile)
NU
5. Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu fluide biologice (Ex: sânge, materii fecale, urină, salivă, spermă etc.) provenite de la un pacient diagnosticat cu COVID-19 sau cu suspiciune de infecție cu COVID-19?
DA (precizați numărul de zile scurse de la contact până la momentul prezentării:zile)
NU
6. Ați prezentat unul din simptomele de mai jos în primele 14 zile de la plecarea din țară/zona afectată sau de la participarea la Conferințe / Întruniri Internaționale sau alte activități inclusiv recreative ce au presupus aglomerări de persoane venite din zone afectate ?

Tuse	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> NU ȘTIU <input type="checkbox"/>
Febră	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> NU ȘTIU <input type="checkbox"/>
Dureri în gât	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> NU ȘTIU <input type="checkbox"/>
Dificultăți respiratorii (scurtarea respirației)	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/> NU ȘTIU <input type="checkbox"/>

Completat de

Semnătura.....

Data