

Stimate pacient/pacientă, din rațiuni epidemiologice, pentru protecția Dumneavoastră, a celorlalți pacienți și a personalului Centrului vă rugăm să fiți însoțit în sala de așteptare de alte persoane **doar dacă nu vă puteți deplasa.**

Totodată, atât Dumneavoastră cât și însoțitorul, vă rugăm să **completați / bifați cu sinceritate** răspunsurile la următoarea:

Declarație pe proprie răspundere*

Nume si prenume pacient**
CNP:
Nr. telefon:
Adresă de e-mail:
Adresă de domiciliu:
.....

1. În ultimele 14 zile ați călătorit / locuit / vizitat în străinătate? Dacă răspunsul este da, menționați unde și ce traseu de întoarcere ați avut.
2. Ați venit în contact direct cu persoane suferind din cauza infecției cu coronavirus / SARS-CoV2 / COVID-19, în țară sau străinătate, la serviciu, în vecinătatea locuinței, sau vizitând alte genuri de locuri publice în ultimele 14 zile? Dacă da, specificați unde.
3. Ați participat în ultimele 14 zile la conferințe / întruniri cu participare națională sau internațională ori alte activități inclusiv recreative ce au presupus aglomerări de persoane? Dacă da, specificați unde.
4. Ați fost spitalizat în ultimele 3 săptămâni? Dacă da, specificați unde și pentru ce.
5. Ați avut unul sau mai multe din următoarele simptome:
 Febră;

- Tuse seacă (fără expectorație), intensă/frecventă;
- Dificultate de a respira;
- Durere sau dificultate de a înghiți?

Am luat la cunoștință și sunt conștient de importanța informațiilor furnizate în acest chestionar.

Declar pe propria răspundere că informațiile furnizate corespund în totalitate datelor cunoscute de mine și situației mele actuale.

Semnătura pacientului: Data:

Risc crescut de contagiozitate = Răspuns afirmativ și bifarea cel puțin a unui simptom menționat la punctul 5.

Risc crescut de expunere = Răspuns afirmativ și bifarea unuia din punctele 1, 2, 3 sau 4.

Risc scăzut = Răspuns negativ la toate întrebările.

*-Îmi asum faptul ca refuzul de a completa acest chestionar poate duce la refuzul efectuării consultației sau / și investigațiilor în regim ambulator.

** -Vă rugăm să rețineți că datele și informațiile furnizate în acest chestionar pot fi solicitate pentru consultare, colectare și prelucrare în vederea identificării fără dubiu a persoanei fizice în vederea raportării către autoritățile în domeniu (Direcția de Sănătate Publică, Ministerul Sănătății, etc.). Informațiile solicitate sunt prelucrate în conformitate cu Regulamentul UE 679/2016 al Parlamentului European și al Consiliului European pentru protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date.