



CHESTIONAR EPIDEMIOLOGIC CAZARE U.S.A.M.V.B.T. 2021

Nume		Data nașterii:	/ /
Prenume		Sexul:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Facultatea		Data completării:	/ / 2021

1. În ultimele 14 zile ați călătorit în afara țării?

da nu

2. Ați venit în contact apropiat cu un caz confirmat de Coronavirus în ultimele 14 zile ?

da nu

locuiți în aceeași gospodărie cu un pacient cu COVID-19	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
ați avut contact fizic direct cu un caz de COVID-19 (ex.strângere de mână fără igiena ulterioară a mâinilor)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
ați avut contact direct neprotejat cu secrețiile infecțioase ale unui caz de COVID-19 (ex. în timpul tusei , atingerea unor batiste cu mâna neprotejată de mânășă)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
ați avut contact față în față cu un caz de COVID-19 la o distanță mai mica de 2 m și cu o durată de minim 15 minute ?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
v-ați aflat în aceeași încăpere (ex.sala de clasă, sală de ședințe sală de așteptare din spital) cu un caz de COVID-19, timp de minimum 15 minute și la o distanță mai mica de 2 m ?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
faceți parte din rândul personalului medico-sanitar sau altor persoane care au acordat îngrijire directă unui pacient cu COVID-19, fără portul corect al echipamentului de protecție ?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
faceți parte din rândul peronalului de laborator care a manipulate probe recoltate de la un pacient cu COVID-19, fără portul corect al echipamentului de protecție ?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu

3. Ați venit în contact în ultimele 14 zile cu o persoană aflată în autoizolare sau locuiți în același domiciliu cu o persoană aflată în autoizolare?

da nu

4. Ați fost spitalizat în ultimele trei săptămâni?

da nu

Dacă da, menționați unde anume și pentru ce diagnostic

.....
.....

Ați avut unul sau mai multe dintre următoarele simptome?

Febră	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Dureri de cap	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Dureri de gât	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Dificultatea de a înghiți	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Dificultatea de a respira	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Tuse	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Strănut	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Rinoree	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Stare generală alterată	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Greață, diaree, vărsături	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Pierderi de gust sau miros	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	

5. Ați fost diagnosticat recent (în ultimele trei săptămâni) cu:

Pneumonie	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Bronhopneumonie	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Pleurezie	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
Infecție respiratorie acută severă(SARI)	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	

6. Care sunt bolile de care suferiți?

Aviz important și acord: În contextul evoluțiilor înregistrate începând cu februarie 2020 în legătură cu **epidemia de COVID19**, pentru a putea avea acces în spațiile **U.S.A.M.V.B.T.** aveți obligativitatea de a complete chestionarul de mai sus. Vă rugăm să rețineți că datele și informațiile furnizate aici sunt solicitate pentru consultare, colectare și prelucrare de către **U.S.A.M.V.B.T.**, în conformitate cu prevederile Regulamentului nr.679/2016 privind protecția persoanelor cu privire la prelucrarea datelor cu caracter personal și libera circulație a acestor date, cu respectarea strictă a principiilor legate de drepturile fundamentale. Persoanele ale căror date personale sunt prelucrate beneficiază de dreptul de a-și exercita drepturile de modificare, intervenție și opoziție, printr-o cerere scrisă, semnată și datată, adresată operatorului de date.

- Sunt conștient că refuzul de a complete chestionarul poate provoca interzicerea accesului meu în spațiile **U.S.A.M.V.B.T.** destinate cazarii.
- Sunt de acord că informațiile furnizate pot fi consultate și prelucrate de către **U.S.A.M.V.B.T.** și de către Direcția de Sănătate Publică Județeană Timiș, cu consultarea autorităților române desemnate care nu au competențe în domeniul sănătății publice și a gestionării situațiilor de urgență/criză.
- Am luat notă și sunt conștient de informațiile furnizate aici.
- Declar pe proprie răspundere că toate răspunsurile furnizate la întrebările de mai sus corespund în totalitate situației mele actuale.
- Declar pe proprie răspundere că voi purta obligatoriu mască de protecție respiratorie, care să acopere atât gura, cât și nasul, pe toată perioada derulării procesului de cazare.
- Sunt de acord cu termometrizarea mea noncontact la accesul în **U.S.A.M.V.B.T.**
- Voi respecta întocmai marcajele dedicate distanțării fizice, atât în interiorul clădirilor cât și în exteriorul acestora, precum și indicațiile personalului care sprijină buna derulare a procesului de cazare.

Semnătura,

Data,