



## CHESTIONAR TRIAJ EPIDEMIOLOGIC

### ADMITERE UMFCV 2020

<b>Nume/Inițiala tatălui:</b>	<b>Data nașterii:</b>	/ /
<b>Prenume:</b>	<b>Sexul:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	<b>Data completării:</b>	/ / 2020

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

da  nu

2. Ați venit în contact apropiat cu un caz confirmat de Coronavirus 2019-nCoV 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 <b>contact fizic direct</b> 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 <b>contact direct neprotejat cu secrețiile infecțioase</b> ale unui caz de COVID-19 (ex. în timpul tusei, atingerea unor batiste cu mâna neprotejată de mănușă)?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• ați avut <b>contact față în față</b> cu un caz de COVID-19 la o distanță mai mică 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 mică de 2 m?	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu
• faceți parte din rândul personalului medico-sanitar sau a 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 personalului de laborator care a manipulat 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

.....  
.....

5. 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			
• 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	
• Grețură, diaree, vărsături	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	
• Pierderi de gust sau miros	<input type="checkbox"/> Da	<input type="checkbox"/> Nu	

**6. 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	

**7. 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 UMFCV aveți obligativitatea de a completa chestionarul de mai sus. Vă rugăm să rețineți că datele și informațiile furnizate aici sunt solicitate pentru consultare, colectare și prelucrare de către UMFCV, 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 completa chestionarul poate provoca interzicerea accesului meu în spațiile UMFCV destinate organizării Concursului de admitere 2020, în scopul eliminării eventualelor amenințări la adresa sănătății publice a României.
- Sunt de acord că informațiile furnizate pot fi consultate și prelucrate de către UMFCV și de către Direcția de Sănătate Publică Județeană Dolj, 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 șederii mele în spațiile UMFCV.
- Sunt de acord cu termometrizarea mea noncontact la accesul în spațiile UMFCV. Am fost informat că refuzul de a-mi fi verificată temperatura împiedică accesul meu în spațiile destinate organizării Concursului de admitere în cadrul UMFCV 2020.
- Voi respecta întocmai marcasele dedicate distanțării fizice, atât în interiorul clădirilor cât și în exteriorul acestora, precum și indicațiile personalului care sprijină buna derulare a concursului de admitere.

**Semnătura**

**Data**