Chestionar de evaluare a riscului de imbolnavire cu COVID-19 pentru persoanele care se prezinta la sediul HigherSelf

Nume: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prenume: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data nasterii: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data prezentarii: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Nota: Va rugam sa bifati raspunsul corespunzator sau sa completati numarul de zile:***

1. Ati calatorit in ultimele 14 zile in afara tarii? (exceptie fac tarile din zona verde)

**DA □ NU □**

1. Ati participat in ultimele 14 zile la conferinte/intruniri sau alte activitati inclusiv recreative care au presupus aglomerari de persoane?

**DA □ NU □**

1. In ultimele 14 zile ati intrat in contact direct cu persoane diagnosticate cu COVID-19 sau cu suspiciune de infectie COVID-19, aflate in autoizolare sau carantina?

**DA □** (precizati numarul de zile scurse de la contact pana la momentul prezentarii………………………….)

**NU □**

1. Prezentati simptome asociate unei infectii respiratorii aparute in ultimele zile?

**DA □**

1. Precizati simptomele (Ex. tuse, febra, diaree, oboseala mialgii etc.)……………………………………….
2. Precizati data cand acestea au aparut……………………………………………………………………………………..

**NU □**

*\*In functie de raspunsurile Dumneavoastra, accesul in interiorul unitatii va va fi permis sau refuzat.*

Semnatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_