

CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE IMBOLNĂVIRE CU COVID-19

NUME PRENUME

CANDIDAT.....

TEMPERATURA LA INTRARE ÎN UNITATE.....(grade Celsius)

1. Ați prezentat un debut brusc a cel puțin unuia dintre simptome : tuse, febră, durere în gât, scurtarea respirației (creșterea frecvenței respiratorii)?
DA NU
2. Ați avut o călătorie internațională în ultimele 14 zile?
DA NU
3. Sunteți o persoană care locuiește în aceeași gospodărie cu un pacient cu COVID-19 în ultimele 14 zile?
DA NU
4. Ați avut contact fizic direct cu un caz COVID-19 (ex. strângere de mână neurmată de igiena mâinilor) în ultimele 14 zile?
DA NU
5. Ați avut contact neprotejat cu secreții infecțioase ale unui caz de COVID-19 (ex. în timpul tusei, atingerea unor batiste cu mâna neprotejată de mână) în ultimele 14 zile?
DA NU
6. Ați avut contact față în față cu un caz de COVID-19 la o distanță mai mică de 2m și pe o durată de peste 15 min în ultimele 14 zile?
DA NU
7. Ați fost în aceeași încăpere cu un caz COVID-19, timp de minim 15 min și la o distanță mai mică de 2m, în ultimele 14 zile?
DA NU
8. Sunteți o persoană care acordă îngrijire directă unui pacient cu COVID-19?
DA NU
9. Ați avut contact în avion cu un caz de COVID-19 și ați stat pe unul din cele 2 rânduri în orice direcție față de un caz în ultimele 14 zile?
DA NU
10. Ați călătorit împreună cu o persoană cunoscută cu COVID-19 sau ați acordat îngrijire în avion unei persoane cunoscute cu COVID-19 în ultimele 14 zile?
DA NU

Data

Semnătura