

CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE ÎMBOLNĂVIRE CU COVID 19 LA PACIENȚI

NR....

DATA/...../2020

ORA

NUME/PRENUME _____

Motivul prezentării _____

Temperatura la intrare ____ (C°)

1. Ați avut o călătorie internațională în ultimele 14 zile ?

DA NU

2. Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări cu **Da sau NU**

Sunteți o persoană care locuiește în aceeași gospodărie cu un pacient cu COVID-19 în ultimele 14 zile?

DA NU

Ați avut contact fizic direct cu un caz de Covid-19 (ex. strângere de mână neurmată de igiena mâinilor) în ultimele 14 zile?

DA NU

Ați avut contact direct neprotejat cu secreții infecțioase ale unui caz de Covid-19 (ex. În timpul tusei, atingerea unei batiste cu mâna neprotejată de mănușă) în ultimele 14 zile?

DA NU

Ați avut contact față în față cu un caz Covid-19 la o distanță mai mică de 2 m și pe o durată de peste 15 min., în ultimele 14 zile?

DA NU

Ați fost în aceeași încăpere (ex. sală de ședință, sală așteptare spital (cu un caz Covid-19, timp de minimum 15 min. și la o distanță mai mică de 2 m, în ultimele 14 zile?

DA NU

Sunteți o persoană care acordă îngrijire direct unui pacient cu Covid-19?

DA NU

Ați avut contact în avion cu un caz Covid-19 și ați stat pe unul din cele două rânduri în orice direcție față de caz, , în ultimele 14 zile?

DA NU

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

3. Ați prezentat un debut brusc al cel puțin unuia din următoarele: tuse, febră, durere în gât, scurtarea respirației, creșterea frecvenței respiratorii, pierdere miros, gust, dureri muscular, dureri osoase, simptome digestive (diaree, dureri abdominal, vărsături) ?

DA NU

Completat de _____ Semnătura _____

Nota: se bifează răspunsul corespunzător sau se completează nr. de zile.

CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE ÎMBOLNĂVIRE CU COVID 19 LA PACIENȚI

NR....

DATA/...../2020

ORA

NUME/PRENUME _____

Motivul prezentării _____

Temperatura la intrare __ (C°)

1. Ați avut o călătorie internațională în ultimele 14 zile ?

DA NU

2. Vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări cu **Da sau NU**

Sunteți o persoană care locuiește în aceeași gospodărie cu un pacient cu COVID 19 în ultimele 14 zile?

DA NU

Ați avut contact fizic direct cu un caz de Covid 19 (ex. strângere de mână neurmată de igiena mâinilor) în ultimele 14 zile?

DA NU

Ați avut contact direct neprotejat cu secreții infecțioase ale unui caz de Covid 19 (ex. În timpul tusei, atingerea unei batiste cu mâna neprotejată de mănușă) în ultimele 14 zile?

DA NU

Ați avut contact față în față cu un caz Covid 19 la o distanță mai mică de 2 m și pe o durată de peste 15 min., în ultimele 14 zile?

DA NU

Ați fost în aceeași încăpere (ex. sală de ședință, sală așteptare spital (cu un caz Covid 19, timp de minimum 15 min. și la o distanță mai mică de 2 m, în ultimele 14 zile?

DA NU

Sunteți o persoană care acordă îngrijire direct unui pacient cu Covid 19?

DA NU

Ați avut contact în avion cu un caz Covid 19 și ați stat pe unul din cele două rânduri în orice direcție față de caz, , în ultimele 14 zile?

DA NU

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

3. Ați prezentat un debut brusc al cel puțin unuia din următoarele: tuse, febră, durere în gât, scurtarea respirației, creșterea frecvenței respiratorii, pierdere miros, gust, dureri muscular, dureri osoase, simptome digestive (diaree, dureri abdominal, vărsături) ?

DA NU

Completat de _____ Semnătura _____

Nota: se bifează răspunsul corespunzător sau se completează nr. de zile.