

CHESTIONAR TRIAJ

Subsemnatul/-a _____, având domiciliul în localitatea _____, str. _____, nr. ____, bl. ____, sc. __, et. __, ap. __, sector/județ _____, țara _____, legitimat(ă) cu C.I.(B.I./Passport) seria ____, nr. _____, telefon _____ declar următoarele:

CHESTIONAR DE TRIAJ		DA	NU
1. Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu persoane diagnosticate cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?			
2. Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au prezentat simptome asociate infecției cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?			
3. Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au stat în izolare/carantină impusă de autorități?			
4. V-a fost impusă în ultimele 14 zile izolarea sau carantina la domiciliu de către autorități?			
5. Ați avut în ultimele 14 zile unul din simptomele următoare?	- febră		
	- tuse		
	- respirație greoaie/dificultăți în respirație/		
	- frisoane		
	- dureri musculare		
	- dureri de cap		
	- dureri de gât		
	- greață, diaree, vărsături		
- pierdere de gust sau miros			

Am luat cunoștință de faptul că nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infecto-contagioase se sancționează conform art. 352 din Codul penal și a art. 34 lit. m) din H.G. nr. 857/2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice, cu modificările și completările ulterioare.

DATA	T °C	SEMNĂTURA

Mai declar că, în conformitate cu cerințele Regulamentului(UE) 2016/679 al Parlamentului European și al Consiliului din 27 aprilie 2016 privind protecția persoanelor fizice în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și privind libera circulație a acestor date și de abrogarea Directivei 95/46/CE (Regulamentul general privind protecția datelor - RGPD) sunt de acord cu prelucrarea datelor mele personale pe care le furnizez sau pe care le furnizează, după caz, un membru al familiei mele ori o alta persoana. Totodată, am luat act de faptul că datele mele cu caracter personal sunt transmise, prin orice mijloc de comunicare, instituțiilor publice, ori private ale căror activități sunt incidente în activitatea medicală sau care au legătură directă ori implicită cu instrumentarea actului ori procedurii medicale și care, la rândul lor sunt operatori de date cu caracter personal. Scopul colectării datelor îl constituie instrumentarea actului/procedurii medicale potrivit prezentului acord. Aceste informații vor putea fi introduse de medic în baza sa de date sub orice forma materială (pe suport de hârtie) și electronică.

Menționez că mi s-a adus la cunoștință că refuzul furnizării acestor date determina imposibilitatea inițierii sau, după caz, finalizării actului ori procedurii medicale.

Data completării:

Semnătura declarant