



**CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE ÎMBOLNĂVIRE CU COVID-19 LA
PACIENTII CARE SE PREZINTĂ ÎN AMBULATORUL GYNATAL**

COD PREZENTARE/NR REGISTRU.....

DATA PREZENTARE:...../...../2020

NUME SI PRENUME PACIENT:

DATA NASTERII:

Nota: se bifeaza raspunsul corespunzator sau se completeaza nr. de zile

1. Sunteți cetățean/rezident în **tări/zone*** cu transmitere comunitară extinsă a COVID-19?
DA NU
a. Dacă DA, sunteți în primele 14 de zile de la plecarea din țară/zonă?
DA NU
2. Ați călătorit în ultimele 14 de zile în țări/zone* cu transmitere comunitară extinsă a COVID-19?
DA NU
3. Ați participat în ultimele 14 zile la Conferințe/Întruniri cu participare internațională sau alte activități inclusiv recreative ce au presupus aglomerări de persoane venite din zone afectate?
DA NU
4. Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu pacienți diagnosticați cu COVID-19 sau cu suspiciune de infecție cu COVID-19?
DA (precizați numărul de zile scurse de la contact până la momentul prezentării:zile) NU
5. Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu fluide biologice (Ex: sânge, materii fecale, urină, salivă, spermă etc.) provenite de la un pacient diagnosticat cu COVID-19 sau cu suspiciune de infecție cu COVID-19?
DA NU

În cazul în care răspunsul este DA la cel puțin una dintre cele 5 întrebări, VA RUGĂM SA ANUNTAȚI IMEDIAT PERSONALUL NOSTRU! (asistent medical triaj/personal recepție)