

Chestionar de sănătate 2020

Nume: _____

Data nașterii: _____ Data: _____

Chestionar de sănătate pentru evaluarea riscului de infecție / Corona

Ați avut febră (peste 38°C) în ultimele 7 zile?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu
Ați avut frisoane?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu
Ați suferit de pierderea simțului mirosului sau a gustului?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu
Aveți o tuse persistentă?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu
Aveți o durere în gât?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu
Aveți guturai (nu alergie)?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu
Aveți diaree?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu
Ați suferit în ultimele 14 zile modificări ale stării de sănătate?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu
Un membru al familiei sau o persoană de contact apropiată suferă de simptomele de mai sus?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu
În ultimele 14 zile, știți că ați fost în contact cu o persoană la care s-a dovedit îmbolnăvirea cu noul coronavirus (COVID-19)?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu
În ultimele 14 zile, știți că ați fost în contact cu o persoană suspectată de a se fi îmbolnăvit cu noul coronavirus (COVID-19)?	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu
Ați avut deja un rezultat pozitiv la testarea pentru Corona/SARS-CoV-2? Dacă da, când? _____	<input type="radio"/> da	<input type="radio"/> nu

 Semnătură pacient

 Angajat HZ