

# SPITALUL JUDEȚEAN DE URGENȚĂ BISTRIȚA

## DECLARAȚIE PE PROPRIE RASPUNDE

Subsemnatul, ....., CNP ....., posesor al CI/BI seria ..... nr. ...., eliberată/eliberat de către ..... la data de ....., având domiciliul/reședința la adresa....., telefon ....., cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații și art. 352 din Codul penal referitor la fapta de zadarnicire a prevenirii și combaterii bolilor infectocontagioase, declar pe proprie răspundere, ca răspunsurile pe care le-am dat, în fața asistentului medical, pentru completarea „Chestionarului pentru evaluarea riscului de îmbolnavire cu COVID – 19,, , corespund în întregime adevărului.

### CHESTIONAR

<b>Tuse</b>	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
<b>Febră</b>	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
<b>Dureri în gât</b>	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>
<b>Dificultăți respiratorii (scurtarea respirației)</b>	DA <input type="checkbox"/> NU <input type="checkbox"/>

1. Ați călătorit în ultimele 14 de zile în țări/zonă\* cu transmitere comunitară extinsă a COVID-19?

DA  NU

2. 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

3. Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu persoane recent diagnosticate cu COVID-19, cu suspiciune de infecție cu COVID-19 sau cu persoane venite recent din zonele afectate ?

DA  (precizați numărul de zile scurse de la contact:

.....zile și detaliați contextul cu accent pe trasabilitatea și durata contactului)

NU

Am fost informat cu privire la lista regiunilor și localităților din zona roșie și galbenă cu transmitere COVID -19.

Data : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Semnatura pacient :