Nume si prenume participant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nume si prenume parinte/tutore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA RISCULUI DE IMBOLNAVIRE CU COVID-19**

1. Aveti cunostinta ca ati intrat in contact, dvs sau participantul, in ultimele 14 zile cu persoane diagnosticate cu COVID-19 sau cu suspiciune de infectie cu COVID-19 ori contacti ai acestora?

\*DA  NU  \* Precizati nr. de zile scurse de la contact pana in prezent: ………. Zile

1. Ati prezentat dumneavoastra, participantul sau un membru al familiei dumneavoastra, in ultimele 14 zile, unul din simptomele de mai jos?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tuse | DA | NU |
| Febra | DA | NU |
| Dureri in gat | DA | NU |
| Dificultati respiratorii (scurtarea respiratiei) | DA | NU |
| Diaree | DA | NU |
| Varsaturi | DA | NU |

1. In cadrul familiei dumneavoastra aveti persoane care locuiesc la aceeasi adresa si sunt plasate in izolare la domiciliu?

DA  NU

1. In ultimele 24-48 de ore ati prezentat dumneavoastra, participantul sau membrii familiei una sau mai multe simptome din cele prevazute la punctul 2?

DA  NU

Nota: conform art. 326 din Codul penal, falsul in declaratii se pedepseste cu inchisoare de la 3 luni la 2 ani sau cu amenda.

In mod obligatoriu, in cazul in care intervin pe parcusul evenimentului elemente sa modifice starea de sanatate, acestea vor fi aduse cat mai urgent la cunostinta organizatorului.

SEMNATURA ………………………………………..