

SERVICIUL DE PREVENIRE A INFECȚIILOR ASOCIATE ASISTENȚEI MEDICALE (SPIAAM)/
HEALTHCARE-ACQUIRED INFECTIONS DEPARTMENT

CHESTIONAR SCREENING PACIENȚI / SCREENING QUESTIONS

Datele de contact ale pacientului / patient contact details:

Nume / First name Prenume / Surname

Data nașterii / Birth date Telefon / Mobile phone

Mențione/ Mention: Toate întrebările de mai jos se referă la dvs. în ultimele 14 zile /

All questions below relate to you in the past 14 days

I. A. ÎN ULTIMELE 14 ZILE AȚI CĂLĂTORIT ÎN AFARA ȚĂRII? /

During the period of interest, do you traveled outside of the country?

<input type="checkbox"/> Da / Yes	<input type="checkbox"/> Nu / No	Dacă da, unde? / If you answered with yes, please mention:
-----------------------------------	----------------------------------	--

B. Țara / Country:

Oraș, Regiune / City, Region:

Data călătoriei (ZZ/LL/AAAA) ___/___/___

Data întoarcerii (ZZ/LL/AAAA) ___/___/___

Date of traveling (DD/MM/YYYY) ___/___/___

Date of returning (DD/MM/YYYY) ___/___/___

C. AȚI CĂLĂTORIT CU? / DO YOU TRAVELED WITH:

 Avionul /
Airplane Vapor /
Ship / Boat / Ferry Autobuz /
Bus Tren /
Train Mașina personală /
Own car

II. A. Fără simptome / No symptoms	Febră – cât? / Fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$	Durere de gât / Sore throat	Tuse / Cough	Dificultăți la respirație? / Shortness of breath	Alte simptome? / Other symptoms:
<input type="checkbox"/> Nici unul / None	<input type="checkbox"/> Da / Yes <input type="checkbox"/> Nu / No	<input type="checkbox"/> Da / Yes <input type="checkbox"/> Nu / No	<input type="checkbox"/> Da / Yes <input type="checkbox"/> Nu / No	<input type="checkbox"/> Da / Yes <input type="checkbox"/> Nu / No	

B. Data apariției primului simptom? / Date of first symptom onset (ZZ/LL/AAAA) ___/___/___

sau / OR: Asimptomatic / Asymptomatic Necunoscut / Unknown

III. CREDEȚI CĂ AȚI INTRAT ÎN CONTACT CU PERSOANE POSIBIL INFECTATE/ DIAGNOSTICATE CU COVID-19?

DID YOU THINK YOU HAD CONTACT WITH A KNOWN OR POSSIBLE COVID-19 CASE?

<input type="checkbox"/> Da / Yes	<input type="checkbox"/> Nu / No	Dacă da, specificați: data când ați intrat în contact: ___/___/___ (zz / ll / aaaa)
		If Yes, specify: Date of last contact: ___/___/___ (dd/mm/yyyy)

Prin prezenta declar ca sunt de acord ca prelucrarea datelor cu caracter personal se va realiza, cu respectarea prevederilor Regulamentului nr. 679/2016 adoptat de Parlamentul European si Consiliul Uniunii Europene pentru aprobarea normelor privind protectia in ceea ce priveste prelucrarea datelor cu caracter personal, precum si a normelor referitoare la libera circulatie a acestui tip de date cu caracter personal. / By the present affidavit I hereby agree that the processing of personal data is to be carried out under the provisions of the 679/2016 Regulation for the approval of the personal data processing protection rules adopted by the Council of the European Union and the European Parliament, as well as of the rules referring to the free circulation of such personal data.

Prelucrarea acestor date se va face pana la momentul disparitiei oricarui risc de infectare cu virusul COVID-19, respectiv pe intreaga perioada de timp in care exista obligatia legala, in sarcina entitatii, de prelucrare sau in vederea protejarii interesului legitim al operatorului, inclusiv in ceea ce priveste apararea unui drept în justitie al Operatorului. In ceea ce priveste transferul datelor furnizate, mentionam ca acestea vor face obiectul transferului strict catre unitățile sanitare, precum si catre institutiile si/sau autoritatile publice direct interesate si implicate in combaterea infectiei cu COVID-19, nefacand obiectul unui transfer neautorizat./ The processing of such data will be performed until the risk of COVID-19 infection has ceased to exist and, respectively, as long as the medical unit is under the legal obligation to process such information or in order to protect the operator's legitimate interest, also with regard to protecting such right belonging to the operator, in front of any competent courts of law. Regarding the transfer of such data, such transfer can and will be made solely to the sanitary units, as well as to any public institutions and/or any public authorities interested in and involved, in any way, in the fight against COVID-19 infection and no unauthorized transfer will be made.

Data, / Date,

Semnătura, / Signature,