

CHESTIONAR

În scopul prevenirii și limitării îmbolnăvirii cu Coronavirus SARS-CoV-2, pentru protejarea dumneavoastră și a personalului medical cu care interacționați în cadrul cabinetului stomatologic, vă solicităm să completați, pe propria răspundere, prezentul chestionar.

1. V-ați deplasat în străinătate în ultimele 14 zile? Dacă ați făcut o astfel de deplasare, precizați în ce zonă.

☐ Da* ☐ Nu

* _____ (zona/țara în care ați efectuat deplasarea)

2. Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane infectate cu Coronavirus SARS-CoV-2 (infecție COVID-19) sau care au prezentat simptomatologia specifică unui astfel de virus?

☐ Da ☐ Nu

3. Ați avut în ultimele 14 zile una sau mai multe dintre următoarele simptome:

Febră ☐ Da ☐ Nu

Dificultatea de a înghiți ☐ Da ☐ Nu

Dificultatea de a respira ☐ Da ☐ Nu

Dureri musculare ☐ Da ☐ Nu

Tuse intensă ☐ Da ☐ Nu

SEMNATURA

Am luat la cunoștință de faptul că nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infecto-contagioase se sancționează conform art. 352 din Codul penal și a art. 34 lit. m) din H.G. nr. 857/2011 privind stabilirea și sancționarea contravențiilor la normele din domeniul sănătății publice, cu modificările și completările ulterioare.

Data nașterii: ____/____/____

Nume și prenume: _____

Data completării: ____/____/____

SEMNATURA

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

Subsemnatul(a) _____
având domiciliul în localitatea _____, str., _____,
nr. _____, bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, (sector/județ) _____,
(țara) _____, legitimat(ă) cu Act (B.I./C.I./pașaport) seria _____, nr. _____,
_____ în calitate de pacient/reprezentant legal al pacientului(copilului) cod
numeric personal (al copilului) _____, autorizez și permit realizarea
tratamentului stomatologic de urgență.

Menționez că mi-a fost explicată pe înțelesul meu manopera stomatologică ce urmează a fi efectuată.

Am fost informat cu privire la definiția de caz COVID-19 (conform CNSBT/ 27.03.2020), riscurile, posibilele accidente și complicații ale tratamentului stomatologic de urgență, inclusiv la riscul contaminării mele cu COVID-19, cu tot protocolul strict respectat.

Pacientul trebuie sa informeze personalul clinicii despre orice modificare a starii de sanatate sau rezultat pozitiv la testarea COVID-19 ,aparute dupa incheierea tratamentului stomatologic.

Am fost informat(ă) că prezentul act de acord reprezintă o obligație legală a medicului specialist, în conformitate cu dispozițiile art. 649 din Legea nr.95/2006 privind reforma în domeniul sănătății.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus și ca urmare semnez prezentul consimțământ informat.

(semnătura pacientului/reprezentantului)