**Anexa 1. COD IL SPI.28.01**

**Cerere vizita pacient internat in SCJUS**

 **Subsemnatul, ……………………………………………………………………..………, CNP…………………………………………….., domiciliat in ………………………………………, în calitate de…………………………………....…………….., vă rog sa imi aprobați vizita pacientului ………………… ..…………………………..……., internat in SCJUS cu simptome severe de boala, pe sectia………………**

* **COVID**

**Menționez ca pot fi contactat la: Număr de telefon:…………………………………………**

 **Adresa de mail:…………………………………………….**

**Rezoluție:**

* **SE APROBA, cu certificat verde sau test PCR/antigen negativ**
* **NU SE APROBA**

**Vizita persoanei mai sus mentionate, in data de……………………la ora………., pentru maxim 5 minute în salonul pacientului. Întrucât nu este permisă introducerea nici unui obiect în zona în care sunt îngrijiți pacienții infectați cu COVID-19, vă recomandăm ca la momentul vizitei să nu aveți asupra dumneavoastră asemenea obiecte, inclusiv telefon mobil, legături de chei, ceas, inele, brățări (acestea din urmă trebuie scoase pentru a efectua correct procedurile de dezinfecție a mâinilor). În caz contrar, o să vi se solicite să le lăsați pe toate la intrarea în zona roșie a secției, caz în care personalul SCJUS nu își asumă răspunderea in cazul pierderii sau deteriorării lor.**

**Semnatura / parafa**

 **Triaj epidemiologic realizat la data prezentei cereri**

1. **Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu persoane diagnosticate cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?**

**Da □ Nu □**

1. **Ați interacţionat în ultimele 14 zile cu persoane care au prezentat simptome asociate infecţiei cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?**

**Da □ Nu □**

1. **Ați interacţionat în ultimele 14 zile cu persoane care au stat în izolare/carantină impusă de autorităţi?**

**Da □ Nu □**

1. **V-a fost impusă în ultimele 14 zile izolarea sau carantina la domiciliu de către autorităţi?**

**Da □ Nu □**

 **5. Ați avut în ultimele 14 zile unul dintre simptomele de mai jos?**

**- Febră Da □ Nu □**

**- Tuse Da □ Nu □**

**- Respirație greoaie/Dificultăți în respirație Da □ Nu □**

**- Frisoane Da □ Nu □**

**- Dureri musculare Da □ Nu □**

**- Dureri de cap Da □ Nu □**

**- Dureri de gât Da □ Nu □**

**- Greață, varsaturi Da □ Nu □**

**- Diaree Da □ Nu □**

**- Pierdere de gust sau miros Da □ Nu □**

**6. Ati fost vaccinat impotriva virusului SARS Cov 2? Da □ Nu** **□**

**7. Daca DA, au trecut peste 10 zile de la rapel Da □ Nu □**

**(doza 2 de vaccin)?**

**8. Ați fost diagnosticat cu infecția SARS Cov 2? Da □ Nu □**

**9. Dacă DA, au trecut de la testul PCR pozitiv Da □ Nu □**

**peste 90 de zile ?**

**Am luat cunoștință de faptul că nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infectocontagioase se sancționează conform art. 352 din Codul penal și art. 34 lit. m) din Hotărârea Guvernului privind stabilirea şi sancţionarea contravenţiilor la normele din domeniul sănătăţii publice, cu nr. 857/2011 cu modificările şi completările ulterioare.**

**Prezentul formular respectă prevederile Regulamentului GDPR nr.679/2016 – privind protecția datelor cu caracter personal, art. 6 – legalitatea prelucrării, lit. c) – prelucrarea este necesară în vederea îndeplinirii unei obligații legale care îi revine operatorului (SCJU Sibiu) și lit. e) – prelucrarea este necesară pentru îndeplinirea unei sarcini care servește unui interes public (acordarea de servicii medicale de către SCJU Sibiu).**

**Numele şi prenumele: ............................................... (semnătura)**

 **...........................................**

**Data: ...../...../............**