

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

Nr. crt.	Întrebare	DA	NU
1.	Ați intrat în contact în ultimele 14 zile cu persoane diagnosticate cu virusul SARS - CoV-2 (COVID-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au prezentat simptome asociate infecției cu virusul SARS-CoV-2 (COVID-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ați interacționat în ultimele 14 zile cu persoane care au stat în izolare/carantină impusă de autorități?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	V-a fost impusă în ultimele 14 zile izolarea sau carantina la domiciliu de către autorități?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ați avut în ultimele 14 zile unul din simptomele de mai jos?		
	- febră	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- tuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- respirație greoaie/dificultăți în respirație	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- frisoane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dureri musculare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dureri de cap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dureri de gât	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- greață, diaree, vărsături	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- pierdere de gust sau miros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Care sunt bolile de care suferiți?		
	...		

Am luat 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.

Am fost informat cu privire la definiția de caz COVID-19 (Conform Centrului Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile / 27.03.2020), riscurile, posibilele accidente și complicații ale tratamentului stomatologic, inclusiv la riscul contaminării mele cu COVID-19, în condițiile respectării depline a protocolului sanitar strict.

Am fost informat(ă) că prezentul act de acord reprezintă o obligație legală a medicului, 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, drept urmare, semnez prezentul consimțământ informat.

Nume și prenume: _____

Data nașterii: _____

Data completării: ___/___/_____

_____ (semnătură)

Completarea câmpurilor dată și semnătură se face la clinică, în ziua programării.