

## Анкета-опросник для пациента

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 г.

Я, \_\_\_\_\_,

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Возраст (лет): \_\_\_\_\_

Пол: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность (номер): \_\_\_\_\_

кем выдан: \_\_\_\_\_

дата выдачи: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации (по паспорту): \_\_\_\_\_

Адрес проживания (фактически): \_\_\_\_\_

Место работы/учебы: \_\_\_\_\_

Адрес работы/учебы: \_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_

- предупрежден о том, что МО/МЦ/ДЦ не оказывает услугу лабораторного исследования по определению антител к вирусу SARS-CoV-2 и выявлению РНК коронавируса SARS-CoV-2 в соскобе эпителиальных клеток носоглотки и ротоглотки в отношении лиц, имеющих симптомы острого респираторного заболевания, а также данных эпидемиологического анамнеза, свидетельствующих о случае, требующем обследования на COVID-19. Согласен с тем, что в случае выявления указанных обстоятельств в оказании услуги может быть отказано;
- получил разъяснения медицинского работника о режиме, который установлен в МО/МЦ/ДЦ, основанный на требованиях, установленных Приказом Минздрава России от 19.03.2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» и Временным руководством «Оперативные рекомендации по ведению случаев COVID-19 в медицинских учреждениях и обществе» (19.03.2020, Роспотребнадзор);
- имел возможность задавать медицинскому работнику любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы;
- подтверждаю, что поставил в известность медицинского работника обо всех проблемах, связанных со здоровьем, а также сообщил всю достоверную информацию, необходимую для определения наличия/отсутствия обстоятельств, свидетельствующих о случае, требующем обследования на COVID-19, в том числе об:

Вопросы	Да	Нет
<b>Блок 1. Выявления лиц из групп риска по заболеванию COVID-19</b>		
Имеются ли у Вас в анамнезе хронические заболевания бронхолегочной системы _____ сердечно-сосудистой системы _____ эндокринной системы _____ другое, указать _____		
Наличие беременности *для женщин		
<b>Блок 2. Эпидемиологический анамнез</b>		
Были ли Вы за рубежом в течение последних 14 дней? Если были, указать из какой страны приехали _____		

Обращались ли Вы на горячую линию Роспотребнадзора для регистрации данного случая?		
Находились ли Вы в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, вернувшимися из зарубежных стран?		
Находились ли Вы в течение последних 3-х недель в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, заболевшими после возвращения из зарубежных стран?		
Находились ли Вы в течение последних 3-х недель в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019-nCoV инфекция?		
<b>Блок 3. Клинические симптомы, характерные для COVID-19</b>		
Имеются ли у Вас в настоящее время симптомы простудного заболевания (повышение температуры тела от 37,5°C и выше, кашель, насморк, слабость, головная боль, боль в горле)?		
Были ли у Вас за последние несколько дней симптомы ОРВИ - температура тела выше 37,5 °C <u>и один или более признаков</u> : кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, головная боль, насморк и другие катаральные симптомы?		
Фиксировали ли Вы повышение температуры тела свыше 37,5°C за последние несколько дней?		
<b>Блок 4. Тестирование на COVID-19</b>		
Был ли у вас ранее выявлен положительный результат лабораторного исследования мазка из носоглотки/ротоглотки на наличие РНК SARS-CoV-2? В случае положительного ответа, проходили ли Вы лечение с повторным тестированием и получением отрицательного результата?		

- подтверждаю, что в случае получения положительного ответа на любой из выше перечисленных вопросов, мне разъяснено об обязанности находиться дома и о необходимости вызова врача на дом в случае появления симптомов ОРВИ или других заболеваний;
- подтверждаю, что осознаю, что всем лицам, а особенно лицам группы риска (лицам в возрасте старше 60 лет, а также с хроническими заболеваниями, беременным женщинам) необходимо максимально сократить посещение общественных мест, соблюдать правила личной гигиены, при ухудшении самочувствия (в том числе, при появлении симптомов ОРВИ) остаться дома и вызвать врача на дом;
- подтверждаю, что мне разъяснено, что я могу получить информацию по вопросам диагностики и профилактики коронавирусной инфекции (COVID-2019) по телефонам горячей линии, указанных на сайте территориального управления Роспотребнадзора;
- согласен с тем, что самостоятельно несу ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, предусмотренных законодательством РФ;
- подтверждаю ознакомление с тем, что при получении положительного или сомнительного результата на COVID-19 на любом этапе диагностики, информация об этом направляется в уполномоченные органы в порядке, установленном законодательством РФ;
- подтверждаю, что получил рекомендации медицинского работника о режиме, основанном на требованиях, установленных Приказом Минздрава России от 19.03.2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» и Временным руководством «Оперативные рекомендации по ведению случаев COVID-19 в медицинских учреждениях и обществе» (19.03.2020, Роспотребнадзор), который необходимо соблюдать после проведения процедуры, а также порядке действий необходимым при соблюдении режима.

До начала оказания услуг сотрудник МО/МЦ/ДЦ произвел мне измерение температуры тела: \_\_\_\_°C.

**Пациент:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

**Расписался в моем присутствии:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(должность медицинского работника) (подпись) (ФИО)