

Анкета-опросник для пациента

« ____ » _____ 2020 г.

Я, _____,

(Фамилия, Имя, Отчество)

Дата рождения: _____

Возраст: _____

Пол: _____

Телефон: _____

Документ, удостоверяющий личность (номер): _____

кем выдан: _____

дата выдачи: _____

Адрес регистрации: _____ (адрес регистрации, указанный в паспорте)

Адрес проживания: _____ (фактический адрес проживания)

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
Блок 1. Выявления лиц из групп риска по заболеванию COVID-19		
Имеются ли у Вас в анамнезе хронические заболевания бронхолегочной системы _____ сердечно-сосудистой системы _____ эндокринной системы _____ другое, указать _____		
Наличие беременности *для женщин		
Блок 2. Эпидемиологический анамнез		
Были ли Вы за рубежом в течение последних 14 дней? Если были, указать из какой страны приехали		
Находились ли Вы в течение последних 14 дней в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, заболевшими после возвращения из зарубежных стран?		
Находились ли Вы в течение последних 14 дней в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019-nCoV инфекция?		
Блок 3. Клинические симптомы, характерные для COVID-19		

Имеются ли у Вас в настоящее время хотя бы один из симптомов острой респираторной инфекции (повышение температуры тела от 37,5°C и выше, кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, боль в горле, насморк, слабость, головная боль)?		
Блок 4. Тестирование на COVID-19		
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, необходимом 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)