**АНКЕТА**

**Уважаемый пациент (законный представитель пациента)!**

В целях принятия мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной

инфекции COVID-19 и обеспечения безопасности всех пациентов Клиники, во исполнение требований действующего законодательства, в частности, требований Временного порядка организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, утв. Приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. № 198н, принимая во внимание необходимость обеспечения безопасности и эффективности проведения лечебных мероприятий, просим Вас ответить на вопросы анкеты.

Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну. С учётом информации, представленной в

анкете, врачом при сборе анамнеза Вам могут быть заданы дополнительные вопросы.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_.\_\_.\_\_\_г.р., сообщаю следующую информацию

фамилия, имя, отчество полностью

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вопросы | ДА | НЕТ |
| 1. Были ли Вы в течение последних 14 дней в странах, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19? |  |  |
| 2. Контактировали ли Вы с вернувшимися с территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19? |  |  |
| 3. Известно ли Вам, есть ли у вернувшихся лиц, с которыми вы контактировали, признаки ОРВИ или COVID-19? |  |  |
| (в случае положительного ответа на вопрос № 2 Анкеты) |  |  |
| 4. Вы работаете в больнице/доме престарелых или медицинском учреждении? |  |  |
| 5. Вы были в контакте с кем-то, кто инфицирован SARS-Cov-2?\*\*  Если да, когда именно?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 6. Вам ранее был поставлен диагноз COVID-19?  Если да, когда именно?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 7. Живете ли вы в семье с кем- то, у кого был поставлен диагноз COVID-19 или были обнаружены симптомы COVID-19? |  |  |
| 8. Если вы получили положительный результат на SARS-Cov-2, есть ли у вас медицинское заключение/спрака о выздоровлении? |  |  |
| 9. Имелись ли у Вас признаки ОРВИ в последние 14 дней или имеются сейчас:   * повышение температуры * «ломота» в мышцах * резь в глазах, слезотечение * сухой кашель, першение в горле * потеря обоняния и/или вкуса? |  |  |
| 10. Вы были в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов?  Если да, то когда?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| 11. Имеются ли у Вас заболевания почек, печени, легких, эндокринные заболевания (диабет), сердечно-сосудистые заболевания (гипертония), иммунологические нарушения, СПИД?  Есди да, то какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

\*\*SARS-Cov-2 – это вирус (коронавирус), который вызывает заболевание COVID-19

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_