Просим Вас **достоверно и внимательно** заполнить этот бланк.

*Бланк распечатывать на одном листе с двух сторон.*

**АНКЕТА-ОПРОСНИК ДЛЯ ПАЦИЕНТА**

**(эпидемиологический анамнез по коронавирусной инфекции COVID-19)**

Дата составления: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 года

Ф.И.О. пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

Место жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Законный представитель пациента (*заполнить, если Вы являетесь законным представителем несовершеннолетнего (недееспособного) пациента*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Отвечая на вопросы анкеты, давайте ответ по каждому пункту.

1. Выезжали ли Вы за пределы России за последние 14 (четырнадцать) дней?

**ДА**

**НЕТ**

1. Вступали ли Вы за последние 14 (четырнадцать) дней в контакт с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19?

**ДА**

**НЕТ**

1. Вступали ли Вы за последние 14 (четырнадцать) дней в контакт с лицами, госпитализированными с признаками пневмонии?

**ДА**

**НЕТ**

1. Вступали ли Вы за последние 14 (четырнадцать) дней в контакт с лицами, прибывшими в Россию из-за рубежа (включая страны СНГ)?

**ДА**

**НЕТ**

1. Вступали ли Вы за последние 14 (четырнадцать) дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной COVID-19, которые впоследствии заболели?

**ДА**

**НЕТ**

1. Наблюдались ли у Вас в течение последних 30 дней признаки острого респираторного заболевания: повышение температуры тела (выше 37,2 °C), насморк, кашель, затруднение дыхания, нарушение стула, боль в горле, слабость и т.п.)?

**ДА**

**НЕТ**

1. Связана ли Ваша работа с больными с подтвержденными и подозрительными случаями COVID-19?

**ДА**

**НЕТ**

Настоящая анкета заполнена мной собственноручно, правовые последствия предоставления ложных сведений мне разъяснены и известны.

Все сведения, изложенные выше, подтверждаю своей подписью.

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Раздел заполняется медицинским работником***

На момент визита пациента «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 года в\_\_\_\_часов\_\_\_\_минут

Температура тела пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Признаки ОРВИ отсутствуют/присутствуют (*нужное подчеркнуть*).

Если присутствуют, указать: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Должность, подпись медицинского работника \_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_