# Анкета-опросник для пациента

« » 2022 г.

Я, ,

(Фамилия, Имя, Отчество)

Дата рождения ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_

Пол:

Телефон:

Документ, удостоверяющий личность (СЕРИЯ, НОМЕР):

Код подразделения, кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­­

дата выдачи:

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы/учебы:

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

Адрес работы/учебы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Последний день посещения работы/учебы:­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 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°C и выше, кашель, одышка, боль в горле, насморк)? | | | | |  |  |
| 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? | | | | |  |  |
| Хотите ли Вы получить специальный QR-код путем выгрузки результата анализа на сайт Госуслуг? | | | | |  |  |
| Блок 5. Контактные  (указать контактных лиц в течение последних 14 дней:  родственники, друзья, коллеги и т.д. ФИО, телефон, адрес проживания) | | | | | | |
| ФИО | Дата рождения | Кем приходится | Контактный телефон | Адрес проживания | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |

* 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 ознакомление с тем, что выдача результата анализа может быть задержана в связи с необходимостью проведения дополнительных исследований, если при первичной обработке биоматериала результат будет оценен специалистом лаборатории как «Сомнительный» или «Положительный».**
* **подтверждаю, что ознакомлен со сроком получения результата анализа**
* 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.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Дата и время взятия образца биологического материала:**

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

# Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(подпись) (ФИО)

**Настоящим подтверждаю, что данные Заказчика/Пациента, указанные в настоящей анкете, соответствуют данным, указанным в паспорте (ином документе, удостоверяющем личность), предъявленном Заказчиком/Пациентом.**

**Расписался в моем присутствии:**

(должность медицинского работника) (подпись) (ФИО)