

Уважаемый пациент!

В целях принятия мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и обеспечения безопасности всех пациентов АО «МЦРМ», 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/справка о выздоровлении?		
9	Имелись ли у Вас признаки ОРВИ в последние 14 дней или имеются сейчас: <ul style="list-style-type: none"> • 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? Если да, то какие? _____		

* COVID 19 – это заболевание, вызванное новой коронавирусной инфекцией

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

Дата _____

Подпись _____