

### Анкета пациента

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, Имя, Отчество)

Дата рождения:		Пол:		Телефон:	
Документ, удостоверяющий личность (номер)					
	кем выдан:				
	дата выдачи:				
Адрес регистрации:					
Адрес проживания:					
Место работы/учебы:					
Адрес работы/учебы:					
Должность:					

именуемый далее – Пациент, настоящим подтверждаю, что:

- получил разъяснения медицинского сотрудника о режиме, который действует в медицинской организации в соответствии с 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);
- в момент заполнения анкеты медицинским сотрудником произведено измерение температуры тела Пациента: \_\_\_\_\_ °С;
- довёл до сотрудника медицинской организации, следующую достоверную информацию о себе:

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			
Обращались ли вы на горячую линию Роспотребнадзора для регистрации данного случая?			
Находились ли вы в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, вернувшимися из зарубежных стран?			
Находились ли вы 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 симптомы простудного заболевания (повышение температуры тела от 37,5°С и выше, кашель, насморк, слабость, головная боль, боль в горле)?			
Были ли у Вас за последние несколько дней симптомы ОРВИ - температура тела выше 37,5°С и один или более признаков: кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, головная боль, насморк и другие катаральные симптомы?			
Фиксировали ли Вы повышение температуры тела свыше 37,5 С за последние несколько дней?			

Блок 4. Тестирование на COVID-19		
Был ли у вас ранее выявлен положительный результат лабораторного исследования мазка из носоглотки/ротоглотки на наличие РНК COVID-19?		
В случае положительного ответа, проходили ли Вы лечение с повторным тестированием и получением отрицательного результата?		

- в случае, если я вхожу в группу риска по заболеванию COVID-19, имею эпидемиологический анамнез или клинические симптомы, характерные для COVID-19, перечисленные выше, мне разъяснено об обязанности находиться дома и о необходимости вызова врача на дом в случае появления симптомов ОРВИ или других заболеваний;
- мне разъяснено, и я 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;
- получил рекомендации сотрудника медицинской организации 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 до и после проведения исследования, а также порядке действий, необходимом для соблюдения режима;
- мне разъяснено, что я могу получить информацию по вопросам диагностики и профилактики коронавирусной инфекции (COVID-2019) по телефонам горячей линии, указанным на сайте территориального управления Роспотребнадзора;
- подтверждаю достоверность указанных в настоящей Анкете данных, сообщил медицинскому сотруднику всю достоверную информацию, необходимую для определения наличия/отсутствия обстоятельств, свидетельствующих о случае, требующем обследования на COVID-19; и соглашаюсь с тем, что самостоятельно несу риск ответственности за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, предусмотренной законодательством РФ;
- имел возможность задавать сотруднику медицинской организации любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы;
- подтверждаю ознакомление с тем, что при получении сомнительного или положительного результата на COVID-19 на любом этапе диагностики, информация об этом направляется в уполномоченные органы в порядке, установленном законодательством РФ;
- я осознаю, что в случае несоблюдения мною правил самоизоляции, после полученного оповещения от медорганизации, информация об этом факте будет передана в уполномоченные органы (Роспотребнадзор, Минздрав, МВД, ФМС) и ко мне могут быть применены принудительные меры изоляции и штрафные санкции;
- Я ознакомлен и согласен со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и даю добровольное согласие на обследование;

**Пациент:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020г.  
 (подпись) (ФИО)

**Исполнитель:**

Общество с ограниченной ответственностью  
 «Триамед»  
 Адрес местонахождения:  
 141707, Московская область, г. Долгопрудный,  
 ул. Молодёжная, д. 14, корп. 3, пом. 07  
 тел. (495) 532-45-  
 ОГРН 1135047008470  
 ИНН 5047144470

Подпись: \_\_\_\_\_

**Заказчик:**

Ф.И.О \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_