

## 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 ООО «ЦИБИАН»,

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 (ФИО) полностью,

\_\_\_\_\_

год рождения \_\_\_\_\_

сообщаю следующую информацию:

№	Вопрос	Ответ	
1	Были ли Вы в течение последних 14 дней в странах, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19?	ДА	НЕТ
2	Контактировали ли Вы с вернувшимися с территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19?	ДА	НЕТ
3	Известно ли Вам, есть ли у вернувшихся лиц, с которыми вы контактировали, респираторные синдромы? (в случае положительного ответа на вопрос № 2 Анкеты)	ДА	НЕТ
4	Имеются ли у Вас хронические заболевания бронхолёгочной, сердечно-сосудистой, эндокринной системы? Если да, то какие?	ДА  (указать, какие именно)	НЕТ
5	Имеются ли у Вас признаки ОРВИ (например, повышение температуры, головная боль, ломота в мышцах, резь в глазах, слезотечение, сухой кашель, першение в горле и прочее)? Если да, то какие именно?  Указать длительность наличия признаков	ДА	НЕТ

6	Имелись ли у Вас признаки ОРВИ в последние 14 дней? Если да, то какие именно?	ДА	НЕТ
7	Беременны ли Вы?	ДА	НЕТ
8	Проходили ли Вы ранее 2х недельный карантин после приезда из стран зарубежья или контакта с людьми, вернувшимися из этих стран?	ДА	НЕТ
9	Находится ли кто-нибудь из ваших родственников или коллег, знакомых, друзей на карантине?	ДА	НЕТ
10	Болели ли Вы COVID-19?	ДА	НЕТ
11	Имеется ли у вас справка или анализ на covid-19 ?	ДА	НЕТ
12	Я подтверждаю, что не нахожусь на карантине в данный период времени.	ДА	НЕТ
13	Прошли ли Вы вакцинацию от COVID-19? Дата проведения.	ДА	НЕТ

### Температура пациента на момент обращения:

ДАТА	ТЕМПЕРАТУРА

### Уведомление пациента

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_

информирован, что для оказания неотложной медицинской помощи, находясь в условиях карантина, а также при симптомах высокой температуры, кашля, одышки необходимо вызвать врача неотложной помощи по телефону 103 для дальнейшего определения действий и выбора пункта оказания медицинской помощи. Телефон «горячей линии» +7 (495) 870-45-09 с 8.00-21.00.

Я уведомлен о том, что коронавирусная инфекция внесена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (Постановление Правительства РФ от 31.01.2020 №66). Нарушение режима карантина влечет ответственность, в том числе уголовную – вплоть до лишения свободы на срок до пяти лет в соответствии со статей 236 УК РФ.

С Правилами соблюдения профилактических мер по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции nCoV-2019 для посетителей ООО «ЦИБИАН» ознакомлен и согласен.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

подпись Пациента (законного представителя) дата подписи

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. подпись медицинского работника  
дата подписи