



## Анкета-опросник для пациента

- Предупрежден о том, что МЦ/ЛПУ 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 сотрудника МЦ/ЛПУ о режиме, который установлен в МЦ/ЛПУ, 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 сотруднику МЦ/ЛПУ любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы;
- Подтверждаю, что поставил в известность сотрудника МЦ/ЛПУ обо всех проблемах, связанных со здоровьем, а так же 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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| <b>Выявления лиц из групп риска по заболеванию COVID-19</b>                                                                                                                                                                                                               |    |     |
| Имеются ли у Вас в анамнезе хронические заболевания<br>Если ДА, указать какие: _____                                                                                                                                                                                      |    |     |
| Наличие беременности для женщин                                                                                                                                                                                                                                           |    |     |
| <b>Эпидемиологический анамнез</b>                                                                                                                                                                                                                                         |    |     |
| 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 <b>2019-nCoV</b> инфекция?                                                                                                  |    |     |
| <b>Клинические симптомы, характерные для COVID-19</b>                                                                                                                                                                                                                     |    |     |
| Имеются ли у Вас в настоящее время хотя бы один из симптомов острой респираторной инфекции (повышение температуры тела от <b>37,5С</b> и выше, кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, боль в горле, насморк, слабость, головная боль)?                   |    |     |
| <b>Тестирование на COVID-19</b>                                                                                                                                                                                                                                           |    |     |
| Был ли у Вас ранее выявлен положительный результат лабораторного исследования мазка из носоглотки/ротоглотки на наличие РНК <b>SARS-CoV-2</b> ? В случае положительного ответа, проходили ли Вы лечение с повторным тестированием и получением отрицательного результата? |    |     |

- 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;
- 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, что получил рекомендации сотрудника МЦ/ЛПУ о режиме, основанном на требованиях, установленных Приказом Минздрава России от **19.03.2020**г. № **198**, который необходимо соблюдать после проведения процедуры, а также порядке действий необходимым при соблюдении режима.

Пациент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Дата: " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.