

Анкета на тестирование новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Фамилия, имя, отчество: _____

Дата рождения " ____ " _____ г.

Паспортные данные: серия _____ номер _____

Выдан _____

Зарегистрирован по адресу: _____

Адрес проживания: _____

Место работы: _____

Контактный номер телефона: _____ E-mail: _____

Я 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
Имеются ли у Вас в анамнезе хронические заболевания: бронхолегочной системы		
сердечно-сосудистой системы		
эндокринной системы		
Имеются ли у вас признаки ОРВИ: повышение температуры тела от 37,5°C и выше, кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, боль в горле, насморк, слабость, головная боль?		
Были ли Вы в течение последних 14 дней за границей/ в других субъектах РФ?		
Был ли у Вас за последние 14 дней контакт с гражданами, прибывшими с территорий, где были зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции?		
Был ли у Вас за последние 14 дней контакт с гражданами, у которых подтверждено заболевание коронавирусом?		
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?		

Я, подтверждаю:

- что данные, внесенные мною в анкету, являются достоверными;
- 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;
- 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;
- 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.

Я согласен с тем, что самостоятельно несу ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, предусмотренных законодательством РФ.

(подпись) (фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя)

(подпись) (фамилия, имя, отчество медицинского работника)

" _____ " _____ г.
(дата оформления)