Анкета для допуска пациентов в МО.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Вопросы | ДА | НЕТ |
|  | Были ли Вы за последние 14 дней в регионах (странах), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19? |  |  |
|  | Контактировали ли Вы за последние 14 дней с лицами, вернувшимися из регионов (странах), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19? |  |  |
|  | Известны ли Вам лица из Вашего контакта с признаками ОРВИ, пневмоний или новой коронавирусной инфекцией COVID-19? |  |  |
|  | Вы работаете в больнице, доме престарелых или медицинскомучреждении? |  |  |
|  | Вы были в контакте с больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19? |  |  |
| Если да , то когда именно? |  |  |
|  | Вам ранее был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19? |  |  |
| Если да , то когда именно? |  |  |
|  | Живете ли Вы в семье с кем-то у кого был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19? |  |  |
|  | Если Вам ранее был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19 или были симптомы, есть ли у Вас справка о выздоровлении? |  |  |
|  |  Имелись ли у Вас признаки ОРВИ в последние 14 дней или имеются сейчас: |  |  |
| • повышение температуры, |  |  |
| • «ломота» в мышцах, |  |  |
| • сухой кашель, першение в горле |  |  |
| • потеря обоняния или вкуса? |  |  |
|  |  Вы были в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов? Если да, то когда?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  Имеются ли у Вас заболевания почек, печени, легких, эндокринные заболевания (диабет), сердечно-сосудистые заболевания (гипертония), иммунологические нарушения, СПИД? Если да, то какие? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_