**COVID-19 АНКЕТА** пациента (законного представителя)

**Уважаемый пациент (законный представитель пациента)!**

В целях принятия мер по профилактике и снижению рисков распространения коронавирусной инфекции COVID-19 и обеспечения безопасности пациентов, 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](https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73669697/), утвержденного Приказом Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2020 г. № 198н, принимая во внимание необходимость обеспечения безопасности и эффективности проведения лечебных мероприятий, просим Вас ответить на вопросы анкеты.

Я, ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сообщаю следующую информацию:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Температура тела на момент посещения: |  | |
| 2 | Наличие симптомов респираторного заболевания: повышение температуры, кашель, затруднение дыхания, одышка, сдавленность в груди, быстрая утомляемость, боли в мышцах, головная боль, тошнота, рвота, диарея (если ДА, подчеркнуть проявляемые симптомы). | ДА | НЕТ |
| 3 | Наличие контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной 2019-nCov, которые в последующем заболели. | ДА | НЕТ |
| 4 | Наличие контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден 2019-nCov. | ДА | НЕТ |
| 5 | Вам ранее был поставлен диагноз COVID-19?  Если да, когда именно | ДА | НЕТ |
| 6 | Были ли Вы в течение последних 14 дней в странах, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19? | ДА | НЕТ |

Информация предоставлена мною добровольно.

Я осознаю, что не предоставляя указанную информацию или предоставляя недостоверные сведения, я могу подвергнуть опасности свою жизнь и здоровье, а также жизнь и здоровье пациентов, получающих медико-санитарную помощь в Учреждении.

□ Я информирован(а) о коронавирусной инфекции COVID-19, знаю пути распространения вируса, знаю меры и способы профилактики заражения, знаю основные симптомы заболевания.

□ Я заполнил(а) данную анкету лично и без принуждения.

□ Я подтверждаю, что вся предоставленная мной информация верна. Я ознакомлен(а). что за сокрытие или предоставление ложной информации несу ответственность по ст. 19.7 КоАП РФ.

□ Я предупрежден (а) о том, что за умышленное заражение инфекцией меня могут

привлечь к административной (по с ч.2 ст. 6.3 и ст. 20.6.1. КоАП РФ) и уголовной ответственности (по ст. 236 УК РФ).

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/