

Вопрос	ДА	НЕТ
Имеются ли у Вас в настоящее время симптомы простудного заболевания (повышение температуры тела от 37,5°С и выше, кашель, насморк, слабость, головная боль, боль в горле)?		
Были ли у Вас за последние несколько дней симптомы ОРВИ - температура тела выше 37,5°С и один или более признаков: кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, головная боль, насморк и другие катаральные симптомы?		
Фиксировали ли Вы повышение температуры тела свыше 37,5°С за последние несколько дней?		
Находились ли Вы в течение последних 3-х недель в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, заболевшими после возвращения из зарубежных стран?		
Находились ли Вы в течение последних 3-х недель в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019-nCoV инфекция?		
Были ли Вы за рубежом в течение последних 14 дней?		
Находились ли Вы в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, вернувшимися из зарубежных стран?		
Был ли у Вас ранее выявлен положительный результат лабораторного исследования мазка из носоглотки/ротоглотки на наличие РНК SARS-CoV-2?		

Пациент:

- предупрежден о том, что ФГБУ ВЦГПХ МЗ РФ не оказывает услугу лабораторного исследования по определению антител к вирусу SARS-CoV-2 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;
- 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;
- подтверждаю, что осознаю, что всем лицам, а особенно лицам группы риска (лицам в возрасте старше 60 лет, а также с хроническими заболеваниями, беременным женщинам) необходимо максимально сократить посещение общественных мест, соблюдать правила личной гигиены, при ухудшении самочувствия (в том числе, при появлении симптомов ОРВИ) остаться дома и вызвать врача на дом;
- 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.

X

(подпись)

Данные пациента

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество: _____

Дата рождения: _____

Пол: _____

Номер телефона: _____

Адрес электронной почты: _____

Адрес регистрации: _____

Адрес проживания: _____

Место работы/учёбы: _____

Адрес работы/учёбы: _____

Я согласен с условиями обработки персональных данных и подтверждаю согласие на получение ответа.

X

(подпись, Фамилия И.О. пациента)

X

(дата)