**АНКЕТА ПАЦИЕНТА**

|  |  |
| --- | --- |
| **ФИО** |  |
| **Дата рождения пациента** |  |
| **Полное количество лет** |  |
| **Паспорт:** |
| серия и № |  |
| когда и кем выдан |  |
| код подразделения |  |
| **Для детей до 14 лет: свидетельство о рождении** |
| серия и № |  |
| дата выдачи |  |
| СНИЛС |  |
| **Постоянная регистрация по адресу:** |  |
| **Фактическое место жительства:** |  |
| **Для работающих граждан:** |
| наименование организации (место работы) |  |
| фактический адрес организации - работодателя |  |
| занимаемая должность |  |
| **Для детей, школьников, студентов:** |
| № учебного заведения |  |
| адрес учебного заведения |  |
| № класса/ группы |  |
| **СНИЛС** |  |
| **Телефон** |  |
| **e-mail** |  |
| *Просим отнестись с пониманием: подробные анкетные данные необходимы для предоставления сведений в Роспотребнадзор в случае получения положительного или сомнительного результата исследования на COVID-19* |
| Температура тела на дату приёма (измеряется медицинским работником): |  |
|  | **ДА** | **НЕТ** |
| Страдаете ли вы хроническими заболеваниями бронхо-лёгочной, сердечно-сосудистой и эндокринной системы?Если «ДА», то каким? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Имели ли Вы за последние 14 дней тесные контакты с лицами, у которых лабораторно подтверждён диагноз COVID-19? |  |  |
| Имели ли Вы за последние 14 дней тесные контакты с лицами, находящимися на лечении и / или под наблюдением по инфекции, вызванной коронавирусом COVID-19? |  |  |
| Отмечаете ли Вы у себя наличие клинических проявлений острой респираторной вирусной инфекций, бронхита, пневмонии, ОРДС, таких как: |  |  |
| * Повышенная температура тела (выше 37,1 С)
 |  |  |
| * Кашель (сухой / мокрый)
 |  |  |
| * Насморк
 |  |  |
| * Затруднённое дыхание / боль в груди
 |  |  |
| Принимаете ли Вы в настоящий момент противовирусные препараты? |  |  |
| Подтверждаете ли Вы, что в течение 2-х часов, предшествующих взятию биоматериала, отсутствовали приёмы пиши (вкл. жевательную резинку) и горячего питья? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ОСНОВАНИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ**(отметьте «√») | Контактный |  |
| Первичная диагностика |  |
| Вторичная диагностика |  |
| Здоровый | Для справок/документов |  |
| Для госпитализации |  |
| Перед выездом |  |
| Прибывший |  |
| Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. |