**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. | | | |