**АНКЕТА ПАЦИЕНТА**

|  |
| --- |
| ФИО: |
| Дата рождения пациента: |
| Полное количество лет: |
| Паспорт: серия и №, когда и кем выдан, код подразделения: |
| Постоянная регистрация по адресу: |
| Фактическое место жительства: |
| Телефон: |
| e-mail: |
| 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Посещали ли Вы в ближайшие 14 дней эпидемиологически неблагополучные с точки зрения распространения коронавируса COVID-19 страны и регионы? |  |  |
| Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, прибывшими из эпидемиологически неблагополучных с точки зрения распространения коронавируса COVID-19 стран и регионов? |  |  |
| Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, находящимися на лечении и / или под наблюдением по инфекции, вызванной коронавирусом COVID-19? |  |  |
| Отмечаете ли Вы у себя наличие признаков острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) таких как: |  |  |
| * Повышенная температура тела (выше 37,1 С)
 |  |  |
| * Кашель
 |  |  |
| * 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? |  |  |
| Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020г |