 

**АНКЕТА ПАЦИЕНТА НА ИССЛЕДОВАНИЯ SARS-CoV-2 (COVID-19)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИО: | | |
| Дата рождения пациента: | | |
| Паспорт: серия и №, когда и кем выдан, код подразделения:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | |
| Фактический адрес места жительства:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | |
| Телефон: | | |
| e-mail: | | |
| Температура тела на дату взятия биоматериала: |  | |
|  | **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 короновируса COVID2019 страны и регионы? |  |  |
| Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, прибывшими из эпидемиологически неблагополучных с точки зрения распространения короновируса COVID-2019 стран и регионов? |  |  |
| Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, находящимися на лечении и / или под наблюдением по инфекции, вызванной короновирусом COVID-2019? |  |  |
| Отмечаете ли Вы у себя наличие признаков острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ), внебольничной пневмонии, таких как: |  |  |
| • Повышенная температура тела (выше 37,1 С) |  |  |
| • Кашель |  |  |
| • Насморк |  |  |
| • Затруднённое дыхание / боли 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? |  |  |
| Я согласен на обработку и передачу персональных данных референсные лаборатории и в органы Роспотребнадзора.  Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. | | |