|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| **ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ ГЛДЦ«АЛЬДОМЕД»****ИНН/КПП 3652901998/365201001/ОГРН 1203600038993****Адрес: Воронежская обл., г. Лиски, ул. Титова, Д. 13А, тел.:8-951-859-22-17**  |

**Заполнять только печатными буквами!**

*Заказчик: Фамилия:*

*Имя:*

*Дата взятия: Д М Г*

*Отчество:*

.

*:*

.

*Г*

*Время взятия:*

*Дата*

*рождения:*

.

.

*Пол: М*

*Ж*

*Штрих-код:*

**Другая важная информация, необходимая на бланке результата:**

*Диагноз, принимаемые препараты:*

*Д*

*Д*

*М*

*М*

*Г*

*Г*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**ТЕСТ № 3320 - Коронавирус SARS-CoV-2, определение РНК в мазке со слизистой носоглотки и/или ротоглотки**

**Анкета-опросник для пациента**

« » 2021 г.

Я, ,

(Фамилия, Имя, Отчество)

Дата рождения: Возраст: Пол:

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания :

Место работы:

Паспортные данные **(обязательно!)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подтверждаю, что :

* предупрежден о том, что МО/МЦ/ДЦ не оказывает услугу лабораторного исследования по определению антител к вирусу SARS-CoV-2 в отношении лиц, имеющих симптомы острого респираторного заболевания, а также в отношении лиц, подлежащих обязательному обследованию на COVID-19 в соответствии с законодательством РФ. Согласен с тем, что в случае выявления указанных обстоятельств в оказании услуги может быть отказано;
* получил разъяснения медицинского работника о режиме, который установлен в МО/МЦ/ДЦ, основанный на требованиях, установленных Приказом Минздрава России от 19.03.2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» и Временным руководством «Оперативные рекомендации по ведению случаев COVID-19 в медицинских учреждениях и обществе» (19.03.2020, Роспотребнадзор);
* имел возможность задавать медицинскому работнику любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы;
* сообщил всю достоверную информацию, необходимую для определения наличия/отсутствия обстоятельств, свидетельствующих о случае, требующем обследования на COVID-19, в том числе об:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вопросы | Да | Нет |
| Блок 1. Выявления лиц из групп риска по заболеванию COVID-19  |
| Имеются ли у Вас в анамнезе хронические заболевания бронхолегочной системы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_сердечно-сосудистой системы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ эндокринной системы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_другое, указать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Наличие беременности \*для женщин |  |  |
| Блок 2. Эпидемиологический анамнез |
| Были ли Вы за рубежом в течение последних 14 дней? Если были, указать из какой страны приехали |  |  |
| Находились ли Вы в течение последних 14 дней в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, заболевшими после возвращения из зарубежных стран? |  |  |
| Находились ли Вы в течение последних 14 дней в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019-nCoV инфекция? |  |  |
| Блок 3. Клинические симптомы, характерные для COVID-19 |
| Имеются ли у Вас в настоящее время хотя бы один из симптомов острой респираторной инфекции (повышение температуры тела от 37,5°C и выше, кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, боль в горле, насморк, слабость, головная боль)? |  |  |
| Блок 4. Тестирование на COVID-19 |
| Был ли у вас ранее выявлен положительный результат лабораторного исследования мазка из носоглотки/ротоглотки на наличие РНК SARS-CoV-2? В случае положительного ответа, проходили ли Вы лечение с повторным тестированием и получением отрицательного результата? |  |  |

* подтверждаю, что в случае получения положительного ответа на любой из выше перечисленных вопросов, мне разъяснено об обязанности находиться дома и о необходимости вызова врача на дом в случае появления симптомов ОРВИ или других заболеваний;
* 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;
* подтверждаю, что мне разъяснено, что я могу получить информацию по вопросам диагностики и профилактики коронавирусной инфекции (COVID-2019) по телефонам горячей линии, указанных на сайте территориального управления Роспотребнадзора;
* 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.

До начала оказания услуг сотрудник произвел мне измерение температуры тела: °C.

# Пациент:

 / /

(подпись) (ФИО)

# Расписался в моем присутствии:

(должность медицинского работника) (подпись) (ФИО)