

Анкета для допуска пациентов в медицинскую организацию

ФИО сопровождающего _____

ФИО ребёнка _____

Дата рождения ребёнка _____

№	Вопросы	ДА	НЕТ	Примечания
1	Больны ли Вы и/или Ваш ребенок новой коронавирусной инфекцией COVID-19?			
2	Болели ли Вы и/или Ваш ребенок ранее новой коронавирусной инфекцией COVID-19? Есть ли у Вас справка о выздоровлении?			
3	Имеются ли у Вас и/или Вашего ребенка сейчас признаки ОРВИ, или имелись в последние 14 дней: • повышение температуры, • «ломота» в мышцах, • резь в глазах, слезотечение, • сухой кашель, першение в горле, • потеря обоняния или вкуса			
4	Вы были в контакте с больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19? Если да, то когда именно?			
5	Были ли Вы/Ваш ребенок в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов? Если да, то когда?			
6	Были ли Вы/Ваш ребенок за последние 14 дней в регионах (странах), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19?			
7	Контактировали ли Вы за последние 14 дней с лицами, вернувшимися из регионов (стран), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19?			
8	Вы работаете в медицинском учреждении или социальном учреждении закрытого типа?			
9	Живете ли Вы в семье с кем-то, кому был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19?			
10	Имеются ли у Вас заболевания почек, печени, легких, эндокринные заболевания (диабет), сердечно-сосудистые заболевания (гипертония), иммунологические нарушения, СПИД? Если да, то какие?			
11	Может ли кто-то кроме Вас сопровождать ребенка?			

Дата _____ Подпись _____