**АНКЕТА ПАЦИЕНТА**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ФИО: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения пациента: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Полное количество лет: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Паспорт серия и № |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | | Кем и когда выдан: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Постоянная регистрация по адресу (по паспорту): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фактическое место жительство на территории ХМАО: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Место работы: | | | | | | | | | | | | | | | | | СНИЛС | | | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
| Телефон сотовый: | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
| **e-mail** для отправки результатов по электронной почте: | | | | | | |  | |  | | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |
| **К какой поликлинике вы прикреплены? \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Температура тела при сдаче биоматериала** | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Просим ответить на вопросы ниже** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **ДА** | | | | | **НЕТ** | |
| Вы болели коронавирусной инфекцией? Если «да»: Укажите месяц/год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| Покидали ли Вы в ближайшие 14 дней ХМАО-Югра?  Если «да»: Укажите страну/или регион РФ который посещали \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дату прибытия в ХМАО\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| Имели ли Вы контакты за последние 14 дней с лицами, находящимися на лечении и / или под наблюдением по инфекции, вызванной коронавирусом COVID-19? Или контакт с прибывшими из эпидемиологически неблагополучных с точки зрения распространения коронавируса COVID-19 стран и регионов? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| Отмечаете ли Вы у себя наличие признаков острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) таких как: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| * Повышенная температура тела (выше 37,0 С) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| * Кашель/ затруднённое дыхание / боль в груди | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| * Насморк/заложенность носа/отсутствие обоняния | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| * Указать иные симптомы при наличии: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| Проводилась ли вам вакцинация от коронавирусной инфекции?  Если «да»: Укажите название вакцины \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дату 1-ой дозы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дату 2-ой дозы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| Подтверждаете ли Вы, что в течение 2-х часов, предшествующих взятию биоматериала, отсутствовали приёмы пиши (вкл. жевательную резинку) и горячего питья? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| Вся представленная мною информация является достоверной. Я предупрежден об административной и уголовной ответственности за сокрытие информации и создание угрозы распространения особо опасного инфекции – заражении персонала и других лиц  Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021г | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |