**ОПРОСНИК ДЛЯ СБОРА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА У ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ В МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ С СИМПТОМАМИ, НЕ ИСКЛЮЧАЮЩИМИ НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ**

1. ФИО пациента полностью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Адрес проживания и/или регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Температура тела на момент осмотра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Начало заболевания (дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Наличие клинических проявлений острой респираторной инфекции, бронхита, пневмонии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Посещение за последние 14 дней до появления симптомов эпидемиологически неблагополучных по 2019-nCoV стран и регионов (Китай, Италия, Испания, Таиланд, Япония, Южная Корея, Вьетнам, Малайзия, Непал, Тайвань, Сингапур, Австралия, США, Канада, Франция, Германия, Иран, Польша, Словения, Венгрия, Чехия, Доминиканская Республика)

Да \_\_\_\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_\_\_\_

8. Наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом 2019-nCoV, которые в последующем заболели

Да \_\_\_\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_\_\_\_

9. Наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019-nCoV

Да \_\_\_\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_\_\_\_

10. Наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, прибывшими из неблагополучных по 2019-nCoV стран и регионов (Китай, Италия, Испания, Таиланд, Япония, Южная Корея, Вьетнам, Малайзия, Непал, Тайвань, Сингапур, Австралия, США, Канада, Франция, Германия, Иран, Польша, Словения, Венгрия, Чехия, Доминиканская Республика).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Да \_\_\_\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя гражданина) |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)