

Анкета для допуска пациентов и сотрудников в МО

№	Вопросы	ДА	НЕТ
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: <ul style="list-style-type: none">• 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 _____