

УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства  
здравоохранения  
Ставропольского края  
от 29.05.2020 г. №01-05/479

АНКЕТА

для пациентов при оказании плановой медицинской помощи в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19

1. Были ли Вы в течении 14 дней в странах или субъектах Российской Федерации, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19?

2. Контактывали ли Вы с вернувшимися с территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19?

3. Известно ли Вам, есть ли у вернувшихся лиц, с которыми Вы контактировали, признаки острого респираторного заболевания или COVID-19?

4. Вы работаете в больнице/доме престарелых или медицинском учреждении?

5. Вы были в контакте с кем-то, кто инфицирован COVID-19

Если \_\_\_\_\_ да, \_\_\_\_\_ когда  
именно? \_\_\_\_\_

6. Вам ранее был поставлен диагноз COVID-19?

Если \_\_\_\_\_ да, \_\_\_\_\_ когда  
именно? \_\_\_\_\_

7. Живете ли Вы в семье с кем-то, у кого был поставлен диагноз COVID-19 или обнаружены симптомы COVID-19?

8. Если Вы получили положительный результат COVID-19, есть ли у Вас медицинское заключение/справка о выздоровлении?

9. Имелись ли у Вас признаки острого респираторного заболевания в последние 14 дней или имеются сейчас:

- повышение температуры;
- «ломота» в мышцах;
- резь в глазах, слезотечение;
- сухой кашель, першение в горле;
- потеря обоняния и/или вкуса?

10. Вы были в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов?

Если да, то когда? \_\_\_\_\_

11. Имеются ли у Вас заболевания почек, печени, легких, эндокринные заболевания (диабет), сердечно-сосудистые заболевания (гипертония), иммунологические нарушения, СПИД?

Если \_\_\_\_\_ да, \_\_\_\_\_ то  
какие? \_\_\_\_\_