

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: • 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 _____