# Анкета пациента

**для выполнения лабораторного исследования Коронавирус SARS-CoV-2, определение РНК, кач., в мазке со слизистой носоглотки и/или ротоглотки**

Я, ,

(Фамилия, Имя, Отчество)

* действуя в своих интересах, именуемый далее «Пациент»,
* действуя в интересах Пациента

,

(Фамилия, Имя, Отчество)

именуемый далее «Заказчик»,

# ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения: | *ДД.ММ.ГГГГ* | Пол: |  | Телефон: | *+ 7* |
| Документ,  удостоверяющий личность (номер): |  | |  | |  |
|  | кем выдан: |  | | | |
|  | дата выдачи: |  | | | |
| Адрес регистрации: | *АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ, УКАЗАННЫЙ В ПАСПОРТЕ* | | | | |
| Адрес проживания: | *ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ* | | | | |
| Место работы/учебы: |  | | | | |
| Адрес работы/учебы: |  | | | | |
| Должность: |  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сведения о заграничном паспорте  *(при необходимости):* | ФИО *(как в*  *заграничном паспорте)* |  |
| номер: |  |
| дата выдачи: |  |
| кем выдан: |  |

настоящим подтверждаю, что:

* уведомлен о том, что Исполнитель не оказывает услугу по выполнению лабораторного исследования Коронавирус SARS-CoV-2, определение РНК, кач., в мазке со слизистой носоглотки и/или ротоглотки в отношении лиц, имеющих симптомы острого респираторного заболевания, а также в отношении лиц, подлежащих обязательному обследованию на COVID-19 в соответствии с законодательством РФ. Заказчик/Пациент согласен с тем, что в случае выявления указанных обстоятельств в оказании услуги может быть отказано;
* получил разъяснения о режиме, который установлен в медицинской организации, основанный на требованиях, установленных Приказом Минздрава России от 19.03.2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» и Временным

руководством «Оперативные рекомендации по ведению случаев COVID-19 в медицинских учреждениях и обществе» (19.03.2020, Роспотребнадзор);

* получил всю интересующую меня информацию о заказанной услуге;
* сообщил всю достоверную информацию, необходимую для определения наличия/отсутствия обстоятельств, свидетельствующих о потенциальном инфицировании Пациента COVID-19, в том числе информацию по следующим вопросам:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вопросы | Да | Нет |
| Блок 1. Выявления лиц из групп риска по заболеванию COVID-19 | | |
| Имеются ли у Вас в анамнезе хронические заболевания  бронхолегочной системы сердечно-сосудистой системы эндокринной системы  другое, указать |  |  |
| Наличие беременности \*для женщин |  |  |
| Блок 2. Эпидемиологический анамнез | | |
| Были ли Вы за рубежом в течение последних 14 дней? Если были, указать из какой страны приехали |  |  |
| Находились ли Вы в течение последних 14 дней в контакте со знакомыми,  родственниками или коллегами, заболевшими после возвращения из зарубежных стран? |  |  |
| Находились ли Вы в течение последних 14 дней в контакте со знакомыми,  родственниками или коллегами, у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019-nCoV инфекция? |  |  |
| Блок 3. Клинические симптомы, характерные для COVID-19 | | |
| Имеются ли у Вас в настоящее время хотя бы один из симптомов острой респираторной инфекции (повышение температуры тела от 37,5°C и выше, кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, боль в горле, насморк, нарушение или потеря обоняния, потеря вкуса, слабость, головная  боль)? |  |  |
| Блок 4. Тестирование на COVID-19 | | |
| Был ли у Вас ранее выявлен положительный результат лабораторного исследования мазка из носоглотки/ротоглотки на наличие РНК SARS-CoV-2? В  случае положительного ответа, проходили ли Вы лечение с повторным тестированием и получением отрицательного результата? |  |  |

* подтверждаю, что в случае получения положительного ответа на любой из выше перечисленных вопросов, мне разъяснено об обязанности находиться дома и о необходимости вызова врача на дом в случае появления симптомов ОРВИ или других заболеваний;
* осознаю, что всем лицам, а особенно лицам группы риска (лицам в возрасте старше 60 лет, а также с хроническими заболеваниями, беременным женщинам) необходимо максимально сократить посещение общественных мест, соблюдать правила личной гигиены, при ухудшении самочувствия (в том числе, при появлении симптомов ОРВИ) остаться дома и вызвать врача на дом;
* мне разъяснено, что я могу получить информацию по вопросам диагностики и профилактики коронавирусной инфекции (COVID-19) по телефонам горячей линии, указанным на сайте территориального управления Роспотребнадзора;
* ознакомлен с тем, что срок выполнения лабораторного исследования, установленный СП 3.1.3597-20, не включает в себя время транспортировки биологического материала в лабораторию, выполняющую исследование, и составляет не более 48 часов с момента поступления биологического материала в такую лабораторию;
* ознакомлен с тем, что при получении положительного или сомнительного результата на COVID-19 на любом этапе диагностики, информация об этом направляется в уполномоченные органы в порядке, установленном законодательством РФ;
* соглашаюсь с тем, что Исполнитель вправе передавать персональные данные Пациента в государственные информационные системы по каналам связи с использованием предусмотренных ими алгоритмов шифрования;
* ознакомлен с правилами подготовки к исследованию, и осознаю, что несоблюдение требований к процедуре взятия биологического материала, несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя могут повлиять на результат исследования, снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее выполнения/завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика/Пациента;
* осознаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, непредоставление достоверной и полной информации могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее выполнения/завершения в срок;
* являюсь законным представителем Пациента (для Заказчика);
* данные в настоящей анкете являются достоверными, указаны правильно, и соглашаюсь с тем, что я самостоятельно несу риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений в настоящей анкете;
* согласен с тем, что самостоятельно несу ответственность, в том числе административную и уголовную, за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, предусмотренных законодательством РФ, в том числе в случае указания в настоящей анкете недостоверных (неточных) сведений, нарушения гарантий, данных мною в настоящей анкете.

# Дата и время взятия образца биологического материала:

**Заказчик/Пациент:**

/ / (подпись) (ФИО)

« » 202\_ г.

Настоящим подтверждаю, что данные Заказчика/Пациента, указанные в настоящей анкете, соответствуют данным, указанным в паспорте (ином документе, удостоверяющем личность), предъявленном Заказчиком/Пациентом.

Расписался в моем присутствии:

(должность) (подпись) (ФИО)

# ЗАПОЛНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ ОБРАЩЕНИЯ ЗАКАЗЧИКА/ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНСКИЙ ОФИС ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ ОБРАЗЦА БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Произведено измерение температуры тела Заказчика/Пациента: °C

(должность) (подпись) (ФИО)