

**Анкета для допуска пациентов и сотрудников в ГБУЗ НО  
«Дальнеконстантиновская ЦРБ»**

№	Вопросы	ДА	НЕТ
1	Были ли Вы за последние 14 дней в регионах (странах), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19?		
2	Контактировали ли Вы за последние 14 дней с лицами, вернувшимися из регионов (странах), в которых зарегистрирована новая коронавирусная инфекция COVID-19?		
3	Известны ли Вам лица из Вашего контакта с признаками ОРВИ, пневмоний или новой коронавирусной инфекцией COVID-19?		
4	Вы работаете в больнице, доме престарелых или медицинском учреждении?		
5	Вы были в контакте с больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19? Если да, то когда именно?		
6	Вам ранее был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19? Если да, то когда именно?		
7	Живете ли Вы в семье с кем-то у кого был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19?		
8	Если Вам ранее был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19 или были симптомы, если у Вас справка о выздоровлении?		
9	Имелись ли у Вас признаки ОРВИ в последние 14 дней или имеются сейчас: • повышение температуры, • «ломота» в мышцах, • резь в глазах, слезотечение, • сухой кашель, першение в горле Потеря обоняния 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? _____		

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_