**АНКЕТА – сортировочный опросник**

**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ для выявления возможных рисков инфицирования новой коронавирусной инфекции COVID-19**

Фамилия, имя, отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вопросы/дата** | **дата** | **дата** |
| **Да** | **Нет** | **Да** | **Нет** |
| 1 | Вы были больны в последние две недели? |  |  |  |  |
| 2 | Есть ли у Вас лихорадка (более 37.5 ºС)? |  |  |  |  |
| 3 | Вы сейчас кашляете? |  |  |  |  |
| 4 | Болит ли у Вас горло? |  |  |  |  |
| 5 | Вы потеряли обоняние или вкус? |  |  |  |  |
| 6 | Вы были в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов? |  |  |  |  |
| 7 | Были ли Вы в зоне повышенного риска для COVID-19, на национальном уровне, международном уровне или в других странах? |  |  |  |  |
| 8 | Вы работаете в медицинском учреждении? |  |  |  |  |
| 9 | Вы работаете в социальном учреждении круглосуточного пребывания? |  |  |  |  |
| 10 | Вы были в контакте с кем-то, у кого есть COVID-19? |  |  |  |  |
| 11 | Был ли Вам поставлен диагноз COVID-19? |  |  |  |  |
| 12 | Живете ли Вы в семье с кем-то, у кого был поставлен диагноз COVID-19 или были обнаружены симптомы COVID-19 (лихорадка, кашель, потеря обоняния и вкуса)? |  |  |  |  |
| 13 | Если у Вас был положительный результат на COVID-19 и Вы проходили лечение, есть ли у Вас медицинское освидетельствование о завершение карантина? |  |  |  |  |
| 14 | Есть ли у Вас тяжелое заболевание, такое как сахарный диабет, респираторные заболевания, хроническая болезнь почек, сердечно сосудистые заболевания? |  |  |  |  |

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_