

**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: <ul style="list-style-type: none"><li>• повышение температуры,</li><li>• «ломота» в мышцах,</li><li>• резь в глазах, слезотечение,</li><li>• сухой кашель, першение в горле,</li><li>• потеря обоняния или вкуса</li></ul>		
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 \_\_\_\_\_