



**Заявление пациентки / сопровождающего касательно
симптомов коронавируса COVID-19/контакта с зараженным**

Личные данные / наклейка

Имя и фамилия: _____

Уд. личности _____

Мы просим вас заполнить все данные касательно нижеуказанных симптомов и событий, если они имели место в течение последних двух недель

| | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
| Жалобы | Лихорадка <input type="checkbox"/> | Озноб <input type="checkbox"/> | Рвота <input type="checkbox"/> |
| | Кашель <input type="checkbox"/> | Головные боли <input type="checkbox"/> | Диарея <input type="checkbox"/> |
| | Боли в горле <input type="checkbox"/> | Мышечные боли <input type="checkbox"/> | |
| | Исчезновение обонятельных/вкусовых ощущений <input type="checkbox"/> | | |
| | Одышка <input type="checkbox"/> | Боли в животе <input type="checkbox"/> | Иные: _____ <input type="checkbox"/> |
| Активное заболевание | У вас было диагностировано носительство коронавируса COVID19? Да / Нет (если да, укажите дату тестирования _____) | | |
| Пребывание за границей в течение последнего месяца | Да / Нет | | |
| Контакт с больным с диагнозом коронавирус COVID19 или с больным, у которого подозревается коронавирус COVID19, <u>или любое иное инфекционное заболевание</u> | У кого-то из ваших родственников была температура / насморк / кашель, боли в горле или какая-либо инфекция? Да / Нет | | |
| | Кто-то из тех, с кем вы контактировали, был в карантине в течение последних двух недель? Да / Нет | | |
| | Вы контактировали с человеком, у которого был выявлен / подозревался коронавирус? Да / Нет | | |
| | Если да, укажите дату контакта: _____ | | |

Передача вышеуказанных данных в полном объеме не будет препятствовать оказанию надлежащей медицинской помощи.

Я заявляю, что все указанные выше данные верны, и мне известно, что сокрытие информации может повлечь за собой угрозу здоровью населения и подвергнуть опасности медицинский персонал.

Полное имя: _____ Подпись: _____ Дата: ____/____/____ Время: __ : __