

Эпидемиологический опросник

(Заполняется законным представителем новорожденного ребенка при его переводе/выписке)

1. Был ли у Вас тесный контакт за последние 14 дней с лицом, находящимся под наблюдением по COVID-19? Нет Да
2. Был ли у Вас тесный контакт за последние 14 дней с лицом, у которого лабораторно подтвержден диагноз COVID-19 или такой диагноз подозревается? Нет Да
3. Приходилось ли Вам обращаться за любой медицинской помощью в течение последние 14 дней? Если Да, то куда _____ Нет Да
4. Работаете ли Вы или ваши близкие родственники, с которыми вы проживаете совместно, с подтвержденными или подозрительными случаями по COVID-19? Нет Да
5. Был ли у Вас тесный контакт с лицом, у которого подтверждена пневмония, дыхательная недостаточность, сепсис, выявлена пневмония с характерными проявлениями в легких по данным компьютерной томографии и/или рентгенографии вне зависимости от эпидемиологического анамнеза? Нет Да

6. Отмечали ли Вы за последние 14 дней симптомы ОРВИ у себя лично?

Повышение температуры тела выше 37,5 градусов С	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Одышка	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Боль или першение в горле	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Кашель	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Ощущение заложенности в грудной клетке	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Боли в мышцах	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Снижение обоняния и вкуса	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Насморк	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Конъюнктивит	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да			

7. Имеются ли описанные ниже симптомы ОРВИ за последние 14 дней у лиц, с которыми вы находитесь в тесном контакте (проживаете совместно)?

Повышение температуры тела выше 37,5 градусов С	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Одышка	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Боль или першение в горле	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Кашель	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Ощущение заложенности в грудной клетке	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Боли в мышцах	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Снижение обоняния и вкуса	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да	Насморк	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
Конъюнктивит	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да			

Если на 1, 2, 3, 4, 5 вопросы Вы отвечаете положительно, а в 6 и 7 вопросах кроме повышения температуры тела имеется один или более из указанных выше признаков, то выписка ребенка домой откладывается, а законному представителю рекомендуется обратиться за медицинской помощью.

- Я информирован(а) коронавирусной инфекции COVID-19, знаю пути распространения вируса, знаю меры и способы профилактики заражения, знаю основные симптомы заболевания.
- Я заполнил(а) данную анкету лично и без принуждения.
- Я подтверждаю, что вся предоставленная мной информация верна. Я ознакомлен(а), что за сокрытие или предоставление ложной информации несу ответственность по ст. 19.7 КОАП РФ.
- Я предупрежден(а) о том, что за умышленное заражение инфекцией меня могут привлечь к уголовной ответственности по ст. 236 УК РФ

Дата _____ Подпись _____ / _____ /