

## Анкета пациента

для выполнения лабораторного исследования Коронавирус SARS-CoV-2, определение РНК, кач., в мазке со слизистой носоглотки и/или ротоглотки

Я, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, Имя, Отчество)

- действуя в своих интересах, именуемый далее «Пациент»,  
 действуя в интересах Пациента

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество)  
именуемый далее «Заказчик»,

### ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Дата рождения:	<i>ДД.ММ.ГГГГ</i>	Пол:		Телефон:	<i>+ 7</i>
Документ, удостоверяющий личность (номер):					
	кем выдан:				
	дата выдачи:				
Адрес регистрации:	<i>АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ, УКАЗАННЫЙ В ПАСПОРТЕ</i>				
Адрес проживания:	<i>ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ</i>				
Место работы/учебы:					
Адрес работы/учебы:					
Должность:					

Сведения о заграничном паспорте (при необходимости):	ФИО (как в заграничном паспорте)	
	номер:	
	дата выдачи:	
	кем выдан:	

настоящим подтверждаю, что:

- уведомлен о том, что Исполнитель не оказывает услугу по выполнению лабораторного исследования Коронавирус SARS-CoV-2, определение РНК, кач., в мазке со слизистой носоглотки и/или ротоглотки в отношении лиц, имеющих симптомы острого респираторного заболевания, а также в отношении лиц, подлежащих обязательному обследованию на COVID-19 в соответствии с законодательством РФ. Заказчик/Пациент согласен с тем, что в случае выявления указанных обстоятельств в оказании услуги может быть отказано;
- получил разъяснения о режиме, который установлен в медицинской организации, основанный на требованиях, установленных Приказом Минздрава России от 19.03.2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» и Временным руководством «Оперативные рекомендации по ведению случаев COVID-19 в медицинских учреждениях и обществе» (19.03.2020, Роспотребнадзор);
- получил всю интересующую меня информацию о заказанной услуге;
- сообщил всю достоверную информацию, необходимую для определения наличия/отсутствия обстоятельств, свидетельствующих о потенциальном инфицировании Пациента COVID-19, в том числе информацию по следующим вопросам:

Вопросы	Да	Нет
<b>Блок 1. Выявления лиц из групп риска по заболеванию COVID-19</b>		
Имеются ли у Вас в анамнезе хронические заболевания бронхолегочной системы _____ сердечно-сосудистой системы _____ эндокринной системы _____ другое, указать _____		
Наличие беременности *для женщин		
<b>Блок 2. Эпидемиологический анамнез</b>		
Были ли Вы за рубежом в течение последних 14 дней? Если были, указать из какой страны приехали		
Находились ли Вы в течение последних 14 дней в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, заболевшими после возвращения из зарубежных стран?		
Находились ли Вы в течение последних 14 дней в контакте со знакомыми, родственниками или коллегами, у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019-nCoV инфекция?		
<b>Блок 3. Клинические симптомы, характерные для COVID-19</b>		
Имеются ли у Вас в настоящее время хотя бы один из симптомов острой респираторной инфекции (повышение температуры тела от 37,5°C и выше, кашель, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, боль в горле, насморк, нарушение или потеря обоняния, потеря вкуса, слабость, головная боль)?		
<b>Блок 4. Тестирование на COVID-19</b>		
Был ли у Вас ранее выявлен положительный результат лабораторного исследования мазка из носоглотки/ротоглотки на наличие РНК SARS-CoV-2? В случае положительного ответа, проходили ли Вы лечение с повторным тестированием и получением отрицательного результата?		

- подтверждаю, что в случае получения положительного ответа на любой из выше перечисленных вопросов, мне разъяснено об обязанности находиться дома и о необходимости вызова врача на дом в случае появления симптомов ОРВИ или других заболеваний;
- осознаю, что всем лицам, а особенно лицам группы риска (лицам в возрасте старше 60 лет, а также с хроническими заболеваниями, беременным женщинам) необходимо максимально сократить посещение общественных мест, соблюдать правила личной гигиены, при ухудшении самочувствия (в том числе, при появлении симптомов ОРВИ) остаться дома и вызвать врача на дом;
- мне разъяснено, что я могу получить информацию по вопросам диагностики и профилактики коронавирусной инфекции (COVID-19) по телефонам горячей линии, указанным на сайте территориального управления Роспотребнадзора;
- **ознакомлен с тем, что в случае получения положительного или сомнительного результата на COVID-19 образец биоматериала в соответствии с СП 3.1.3597-20 направляется в уполномоченную референс-лабораторию для проведения подтверждающего тестирования, в связи с чем установленный срок выполнения исследования и предоставления результатов увеличивается;**
- ознакомлен с тем, что при получении положительного или сомнительного результата на COVID-19 на любом этапе диагностики, информация об этом направляется в уполномоченные органы в порядке, установленном законодательством РФ;
- соглашаюсь с тем, что Исполнитель вправе передавать персональные данные Пациента в государственные информационные системы по каналам связи с использованием предусмотренных ими алгоритмов шифрования;
- ознакомлен с правилами подготовки к исследованию, и осознаю, что несоблюдение требований к процедуре взятия биологического материала, несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя могут повлиять на результат исследования, снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за

собой невозможность ее выполнения/завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика/Пациента;

• осознаю, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, непредоставление достоверной и полной информации могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее выполнения/завершения в срок;

• являюсь законным представителем Пациента (для Заказчика);

• данные в настоящей анкете являются достоверными, указаны правильно, и соглашаюсь с тем, что я самостоятельно несу риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений в настоящей анкете;

• согласен с тем, что самостоятельно несу ответственность, в том числе административную и уголовную, за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, предусмотренных законодательством РФ, в том числе в случае указания в настоящей анкете недостоверных (неточных) сведений, нарушения гарантий, данных мною в настоящей анкете.

**Дата и время взятия образца биологического материала:**

--	--

**Заказчик/Пациент:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

---

Настоящим подтверждаю, что данные Заказчика/Пациента, указанные в настоящей анкете, соответствуют данным, указанным в паспорте (ином документе, удостоверяющем личность), предъявленном Заказчиком/Пациентом.

Расписался в моем присутствии:

\_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (ФИО)

---

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ ОБРАЩЕНИЯ ЗАКАЗЧИКА/ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНСКИЙ ОФИС  
ДЛЯ ПЕРЕДАЧИ ОБРАЗЦА БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА**

Произведено измерение температуры тела Заказчика/Пациента: \_\_\_\_ °C

\_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (ФИО)