

Опросник

- Заполняется всеми пациентами и обратившимися за медицинской помощью в ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом».
- Вклеивается в начало истории родов / болезни, амбулаторную карту, журнал отказов от госпитализации.
- Прикладывается к карте вызова скорой медицинской помощи.

Ф. И. О. _____ дата рождения _____

Постарайтесь ответить на поставленные вопросы честно, ведь скрывая информацию,

Вы подвергаете опасности свое здоровье и здоровье своих близких

1.	Были ли Вы в течение месяца, предшествующих дате заболевания / обращения за помощью за границей РФ	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> страна, провинция, сроки пребывания, дата возвращения _____
2.	Контактировали ли Вы с лицами прибывшими из -за границы в течение последних 14 дней	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> страна, провинция, сроки пребывания, дата возвращения _____
3.	Находились ли Вы в течение последнего месяца в медицинских стационарных учреждениях Республики Коми	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> в каком _____
4.	Контактировали ли Вы с лицами, находившимися в медицинских стационарных учреждениях Республики Коми в течение последнего месяца	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> с кем, фамилия, имя, отчество _____
5.	Контактировали ли Вы с лицами у которых диагностирована коронавирусная инфекция?	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> с кем, фамилия, имя, отчество _____ адрес места жительства / пребывания _____ _____
6.	Были у Вас в течение последних 14 дней жалобы на повышение температуры тела выше 37°C, кашель, одышку, заложенность в грудной клетке, боли в мышцах и утомляемость	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> какие _____
7.	Есть ли у Вас сегодня жалобы на повышение температуры тела выше 37°C, кашель, одышку, заложенность в грудной клетке, боли в мышцах и утомляемость	нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> какие _____
8.	Контроль температуры тела в приёмном покое		

Время ____:____ дата ____/____/2020 Подпись обратившегося / пациента _____

Должность медицинского работника приёмного покоя: Ф. И. О. _____ подпись _____

Подтверждаю факты собранного эпиданамнеза: врач Ф.И.О. _____ подпись _____