

**АНКЕТА – сортировочный опросник  
 ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ для выявления возможных рисков инфицирования  
 новой коронавирусной инфекции COVID-19**

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

№	Вопросы/дата	дата		дата	
		Да	Нет	Да	Нет
1	Вы были больны в последние две недели?				
2	Есть ли у Вас лихорадка (более 37.5 °С)?				
3	Вы сейчас кашляете?				
4	Болит ли у Вас горло?				
5	Вы потеряли обоняние или вкус?				
6	Вы были в контакте с кем-то, у кого были какие-либо из вышеперечисленных симптомов?				
7	Были ли Вы в зоне повышенного риска для COVID-19, на национальном уровне, международном уровне или в других странах?				
8	Вы работаете в медицинском учреждении?				
9	Вы работаете в социальном учреждении круглосуточного пребывания?				
10	Вы были в контакте с кем-то, у кого есть COVID-19?				
11	Был ли Вам поставлен диагноз COVID-19?				
12	Живете ли Вы в семье с кем-то, у кого был поставлен диагноз COVID-19 или были обнаружены симптомы COVID-19 (лихорадка, кашель, потеря обоняния и вкуса)?				
13	Если у Вас был положительный результат на COVID-19 и Вы проходили лечение, есть ли у Вас медицинское освидетельствование о завершение карантина?				
14	Есть ли у Вас тяжелое заболевание, такое как сахарный диабет, респираторные заболевания, хроническая болезнь почек, сердечно сосудистые заболевания?				

Подпись \_\_\_\_\_