**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Городская детская поликлиника № 6»**

**МАДОУ г. Калининграда № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**АНКЕТА**

На ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Вопросы для пациента | Ответ:«да»/«нет» | Если «да», то расшифровать (указать страну, лицо с которым был контакт и т.д.) |
| 1 | Посещение пациентом в последние 14 дней стран и регионов, где выявлены случаи COVID-19 |  |  |
| 2 | Наличие контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися в карантине в связи с прибытием из стран и регионов, где выявлены случаи COVID-19 |  |  |
| 3 | Наличие контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под медицинским наблюдением в связи с подозрением на COVID-19 |  |  |
| 4 | Наличие контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19 |  |  |
| 5 | Наличие контактов за последние 14 дней с лицами, у которых имелись клинические проявления ОРВИ (кашель, чихание, боль в горле, заложенность носа, озноб, повышение температуры тела) |  |  |
| 6 | Наличие у пациента за последние 30 дней клинических проявлений ОРВИ (кашель, чихание, боль в горле, заложенность носа, озноб, повышение температуры тела) |  |  |

Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.

Ф.И.О. законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись