

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ
ДЛЯ СБОРА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА**

ФИО _____
Дата рождения _____

1. Есть ли у Вас следующие признаки (при их наличии укажите дату начала):

- повышение температуры тела
- першение в горле
- ринит
- кашель
- одышка
- затруднение дыхания
- боль в грудной клетке

2. Были ли Вы за последние 14 дней в следующих регионах:

Китайская Народная Республика

Республика Корея

Итальянская Республика

Исламская Республика Иран

Французская Республика

Федеративная Республика Германия

Королевство Испания

Другие регионы за пределами России (по возможности указать точный адрес) _____

- условия проживания (отель, квартира и т.д.) _____

3. Сроки прибытия в Москву (дата, вид транспорта) _____

4. Особенности питания в Китайской Народной Республике, Республике Корее, Итальянской Республике, Исламской Республике Иран, Французской Республике, Федеративной Республике Германии, Королевстве Испании, а также в других государствах с неблагополучной ситуацией с распространением новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) по перечню, утвержденному Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по г. Москве:

- вода _____ ;
- продукты питания _____ ;
- места приобретения продуктов и воды _____ ;
- качество продуктов и воды _____ .

5. Контакт с животными в последние 14 дней (все данные о контакте, кроме собственных домашних) _____

6. Контакт с инфекционным больным (все данные о контакте) _____

7. Были ли Вы за последние 14 дней в контакте с лицами, находящимися под наблюдением по 2019-nCoV инфекции, которые в последующем заболели? _____

8. Были ли Вы за последние 14 дней в контакте с лицами, которые в настоящее время находятся на карантине по 2019-nCoV инфекции? _____

9. Были ли Вы в контакте за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019-nCoV? _____

Настоящим я, _____

ФИО, дата рождения

подтверждаю, что все предоставленные выше сведения являются верными и исчерпывающими. Я понимаю, что предоставление неверных сведений является умышленным созданием риска заражения других лиц инфекционным заболеванием, и осознаю свою ответственность.

Дата _____
Подпись _____