АНКЕТА ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ТЕСТИРОВАНИЯ НА COVID-19

|  |  |
| --- | --- |
| Поездки за последние 14 дней в КНР и другие страны неблагополучные по коронавирусной инфекции\* | Да  Нет |
| Наличие симптомов ОРВИ (Температура, кашель, насморк, слабость и т.д.)\* | Да  Нет |
| Вакцинация (прививка) от коронавируса COVID-19\* | Да-дата вакцинации \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_г.  Нет |

**ЗАПОЛНЯТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия\* |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Имя\* |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отчество\* |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Телефон\* |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Электронная почта\* |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения\* |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Место регистрации (по паспорту)\* |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Место фактического проживания\* |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Место работы\* |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Согласен на обработку персональных данных  в соответствии с п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федеральным Законом РФ «О персональных данных» №152-ФЗ от 27.07.2006г.\* | | | | | Да Нет | | | | | | | | | | | | |

**Я подтверждаю, что мне разъяснены в полном объеме:**

Сведения о передачи результатов выполняемого исследования в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае» и органы Роспотребнадзора в случае получении результата, подозрительного(положительного) на наличие в биоматериале РНК возбудителя новой коронавирусной инфекций (COVID-19). Так же я понимаю, что со мной свяжутся представители органов Роспотребнадзора для консультации и дачи дальнейших инструкций по необходимым действиям.

Я даю согласие на передачу моих персональных данных и сведений составляющих врачебную тайну в органы Роспотребнадзора и ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае», для целей, определенных законодательством.

**Информированное добровольное согласие на выполнение инвазивной манипуляции.**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20, 23 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" от 21.11.2011 г. № 323.

1.Мне разъяснен характер необходимых диагностических манипуляций (забор крови), я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

2.Настоящим я доверяю выполнить следующие инвазивные манипуляции: забор крови и/или другого биологического материала.

3.Содержание указанных выше медицинских действий, связанных с ними возможных осложнений и последствий мне известны. Я хорошо понял(а) все разъяснения сотрудника центра, я понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: - (гиперемия) покраснение в месте инъекции, болевые ощущения, инфильтрат, гематома, абсцесс, аллергические реакции и др. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Дата заполнения «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_