**АНКЕТА**

**ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОГО ЗАПОЛНЕНИЯ ГРАЖДАНАМИ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19**

1. **Испытываете ли Вы в настоящее время или испытывали ли Вы в течение последних 14 дней следующие симптомы? (Пожалуйста, измерьте температуру, прежде чем ответить на этот вопрос.)**

Да ☐ Нет ☐ Лихорадка (37,8 ° C или выше)

Да ☐ Нет ☐ Кашель

Да ☐ Нет ☐ Одышка или затрудненное дыхание

Да ☐ Нет ☐ Боль в горле

Да ☐ Нет ☐ Потеря вкуса или обоняния

Да ☐ Нет ☐ Озноб

Да ☐ Нет ☐ Головные или мышечные боли

Да ☐ нет ☐ Тошнота, диарея, рвота

1. **За последние 14 дней находились ли Вы в непосредственной близости от человека, который испытывал вышеперечисленные симптомы или испытывал какие-либо из вышеуказанных симптомов с момента вашего контакта?**

Да ☐ Нет ☐

1. **За последние 14 дней находились ли Вы в непосредственной близости от тех, у кого был положительный результат на COVID-19?**

Да ☐ Нет ☐

1. **За последние 14 дней выезжали ли Вы за пределы своего региона?**

Да ☐ Нет ☐

1. **За последние 14 дней Вы были в непосредственной близости от любого человека, кто выезжал за пределы своего региона?**

Да ☐ нет ☐

При положительных ответах (особенно п.1, п.2) необходимо обратиться к участковому врачу по месту жительства (по месту прикрепления полиса обязательного медицинского страхования).