

Дата составления

2020 г.

### Анкета обследуемого

1. ФИО (как в паспорте (русский, латинский))

---

---

---

2. Паспортные данные (номер паспорта)

---

3. Дата, месяц, год рождения \_\_\_\_\_, пол м / ж

4. Откуда (страна, провинция, город) и дата прибытия, вид транспорта, № рейса,

---

---

---

5. Маршрут и вид транспорта, которым добирались до места жительства/временного пребывания от вокзала (аэропорта)

---

---

---

6. Место учебы (работы) в Республике Беларусь (других странах)

---

---

---

7. Место жительства (временного пребывания) в Республике Беларусь

---

---

---

8. Ф.И.О. проживающих совместно

---

---

---

---

9. Мобильный телефон, e-mail

---

---

10. Общественные места, учреждения, посещенные с момента приезда в Республику

Беларусь \_\_\_\_\_

---

---

---

11. Наличие контакта с инфекционным больным да / нет

12. Наличие жалоб на повышение температуры, кашель, слабость, головная боль за последние 14 дней

---

---

---

13. В случае возникновения вышеуказанных симптомов необходимо немедленно обращаться за медицинской помощью (вызов бригады скорой медицинской помощи) с указанием о пребывании в Китайской Народной Республике, Южной Корее, Итальянской Республике, Иране.

Подпись пассажира \_\_\_\_\_

ФИО, подпись специалиста \_\_\_\_\_

Примечание:

\* Анкету необходимо представлять медицинским работникам организации здравоохранения

\*\* Вам будет предложено пройти лабораторное обследование на COVID-19 (на бесплатной основе);

\*\*\* В течение 14 дней от момента прибытия за Вами будет организовано медицинское наблюдение. Если с Вами в течение 1 суток с момента прибытия не связался медицинский работник территориальной организации здравоохранения, позвоните самостоятельно в поликлинику по месту жительства (временного пребывания). Обеспечьте минимизацию контактов с окружающими людьми.