

ОПИТУВАЛЬНИК

для скринінгу COVID-19 в умовах оптимізації заходів щодо попередження поширення на території України коронавірусної хвороби

(заповніть пусті поля чи вкажіть «ТАК» / «НІ» / «НЕВІДОМО»)

ПІБ пацієнта _____

Дата народження _____

Адреса офіційної реєстрації та проживання _____

Номер телефону _____

- У Вас є чи була підвищена температура (лихоманка) за останні 14 днів? Так Ні
- У Вас є чи були симптоми респіраторного захворювання, такі як кашель або затруднене дихання впродовж останніх 14 днів? Так Ні
- Чи подорожували Ви за межами країни впродовж останніх 14 днів? Якщо «ТАК», вкажіть країну та дату повернення. Так Ні _____
- Чи контактували Ви з людиною з діагностованою коронавірусною інфекцією? Так Ні Невідомо
- Чи спілкувалися Ви з людиною, яка приїхала з-за кордону впродовж останніх 14 днів? Так Ні
- У Вас є чи був тісний контакт з людиною, у якої з'явилися ознаки респіраторного захворювання впродовж останніх 14 днів? Так Ні
- Чи спілкувалися Ви з великою кількістю людей (спортивні, культурні заходи тощо) впродовж останніх 14 днів? Так Ні
- Чи Ви маєте озноб, тремтіння? Так Ні
- Чи Ви маєте біль у м'язах? Так Ні
- Чи мали Ви нещодавно напад головного болю або ангіни? Так Ні
- Чи є у Вас інші симптоми, подібні до грипу? Так Ні
- Чи мали Ви нещодавно втрату смаку/запаху або розлади ШКТ, у т.ч. діарею? Так Ні

Своїм власним підписом я підтверджую, що прочитав (-ла) і зрозумів (-ла) зміст усіх вищенаведених пунктів анкети та усвідомлюю, що несу відповідальність за повноту та достовірність інформації, яку я надав (-ла) та усвідомлюю правові наслідки у разі її приховання.

Підпис пацієнта _____ / _____
(підпис) (П.І.Б.)

«__» _____ 20__ р.

ТЕМПЕРАТУРНИЙ І САТУРАЦІЙНИЙ СКРИНІНГ

	час	t° С тіла	Сатурація, %	Працівник, який проводив вимірювання	
				Прізвище, ініціали	Підпис
Прибуття до МЗ					
Залишення МЗ					

Лікуючий лікар _____ / _____
(підпис) (П.І.Б.)

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА
на проведення стоматологічного лікування
під час пандемії коронавірусу COVID-19**

Я, _____, _____ року народження, цим документом підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **стоматологічного лікування** в Медичному центрі **ТОВ «Періо Центр»** (далі – Медичний заклад) під час пандемії коронавірусу COVID-19.

Своїм власним підписом я підтверджую, що у повністю зрозумілому та доступному вигляді мені була надана інформація щодо стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, ризиків і ускладнень лікування, а також найбільш ефективних для мене методів лікування.

Мені була надана можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні та зрозумілі для мене відповіді. Після консультації я мав (-ла) достатньо часу і можливостей все обміркувати та порадитися з іншими особами (близькими та родичами, спеціалістами тощо).

Я повністю зрозумів мету та характер запропонованих стоматологічних втручань, їх лікувальний ефект. Мені пояснили, що заплановані втручання не можуть дати 100% результат, а будь-які строки у такому лікуванні не є точними.

Я погоджуюся виконувати усі рекомендації лікуючого лікаря, у т.ч. щодо режиму та обмежень у харчуванні, догляду за зубами та встановленими конструкціями тощо. Лікар пояснив мені необхідність дотримуватись усіх його призначень та рекомендацій.

Я розумію, що жоден із медичних працівників, з яким я контактую, не має симптомів COVID-19 та тим не менше може переносити вищезазначений тип вірусу і може ненавмисне заразити мене під час мого перебування в Медичному закладі. Я повністю усвідомлюю вищезазначені ризики для здоров'я, з якими я стикаюся під час перебування в Медичному закладі і про які мені було повідомлено заздалегідь.

Я також розумію, що під час надання стоматологічної допомоги під час пандемії коронавірусу COVID-19 повністю не може бути усунуто загрозу зараження коронавірусом COVID-19 пацієнта та медичного персоналу через близький контакт та високу контагіозність вірусу. Однак, я свідомо погоджуюся на такий ризик та не буду висувати жодних претензій до Медичного закладу чи окремо до його персоналу у випадку захворювання на COVID-19.

Я розумію та погоджуюся, що через застосування обмежувальних протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання поширенню COVID-19, а також особливий режим роботи та обслуговування пацієнтів, я не зможу отримати стоматологічну допомогу у повному обсязі до закінчення карантину. Я також розумію, що запропоновані мені медичні втручання та процедури можуть виявитися не такими ефективними, як планувалося. Є можливість навіть погіршення стану здоров'я та стоматологічної ситуації через обмеження планового контролю догляду та профілактики, які необхідно буде проводити у майбутньому після закінчення карантину.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я підтверджую, що повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.

Цей документ є невід'ємною частиною медичної карти стоматологічного хворого.

Підпис пацієнта _____ / _____
(підпис) (П.І.Б.)

«__» _____ 20__ р.

Лікуючий лікар _____ / _____
(підпис) (П.І.Б.)