**Форма самозащиты интересов резидентов в условиях борьбы с COVID-19**

Целью этой формы является предоставление критически важной информации медицинским сотрудникам и работникам больниц о резидентах вспомогательного жилья, нуждающихся в уходе во время пандемии COVID-19. Рекомендуется обеспечить резидента несколькими копиями для предоставления в больницу, чтобы ее сотрудники имели важную информацию о состоянии здоровья конкретного человека и его жилищных условиях.

**Дата**:

*Информация о пациенте*

*Тестирование на COVID-19*

|  |  |
| --- | --- |
| **Фамилия**: | **Дата рождения**: |
| **Имя**: |  |
| **Адрес**: | **Предпочтительный язык:** |
| **Телефон:** |  |
| **Контакты куратора пациента: Имя**: | **Контакты первичной медико-санитарной помощи: Организация** |
| **E-mail**: | **Имя:** |
| **Телефон**: | **Телефон:** |
| **Контакты ближайшего родственника пациента**: **Имя**:  **E-mail: Телефон**: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Пациенту проводился тест на  коронавирус? | Да |  | Нет |  | Неизвестно | |  |  |
| Если "Да", где?  Дата выполнения теста? | | | | | | | |
| Результат теста | Подтвержден коронавирус  Неизвестно/неубедительный результат | | | | |  |  | |
|  |
| Пациент контактировал с COVID-позитивными лицами? | Подтверждено  Неизвестно | | | | | | | |

*Справочная информация о здоровье, которая увеличивает уязвимость к осложнениям COVID-19*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Диагностированное хроническое физическое  заболевание | **Уточните**: |
|  | Диагностированное психическое заболевание | **Уточните**: |
|  | Употребление психоактивных веществ | **Уточните**: |

*Симптомы COVID-19*

*Изоляция/Карантин*

*Другие примечания (лекарства и т. п.)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| У пациента есть безопасное место для самостоятельного пребывания на карантине? | Да  Нет |  |  |
|  |
| Если пациент уже находился  на карантине, с какой даты? | Выберите дату: | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата первых симптомов: | Отметьте при наличии | | |
| Лихорадка. Если "Да", посл. темп.?: |  | | |
| Сухой кашель |  |  |  |
| Одышка/Затрудненное дыхание |  |  |  |
| Усталость |  | | |
|  |  |  |