

Приложение 2

к Положению о порядке и условиях предоставления гражданам в период подъема заболеваемости в 2020 - 2021 году новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) бесплатного обеспечения лекарственными препаратами для медицинского применения для лечения в амбулаторных условиях

**СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ
УСЛОВИЯХ И СОБЛЮДЕНИЕ РЕЖИМА ИЗОЛЯЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) В ПЕРИОД
ПОДЪЕМА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ в 2020 - 2021 ГОДУ**

Я _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

" ____ " _____

г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии с частью 2 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(-а) медицинским работником

(полное наименование медицинской организации)

(должность, фамилия, имя, отчество медицинского работника)

о положительном результате лабораторного исследования моего биологического материала на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) и постановке мне диагноза: заболевание, вызванное новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

По результатам осмотра и оценки состояния моего здоровья, в связи с течением заболевания в легкой (средней) форме, медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснена возможность оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому), после чего я выражаю свое согласие на:

- получение медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) по адресу:

- соблюдение режима изоляции на период лечения в указанном выше помещении.

Мне разъяснено, что я обязан(-а):

- не покидать указанное помещение, находиться в отдельной, хорошо проветриваемой комнате;

- не посещать работу, учебу, магазины, аптеки, иные общественные места и массовые скопления людей, не пользоваться общественным транспортом, не контактировать с третьими лицами;

- при невозможности избежать кратковременного контакта с третьими лицами в обязательном порядке использовать медицинскую маску;

- соблюдать врачебные и санитарные предписания, изложенные в памятках, врученных мне медицинским работником, а также предписания, которые будут выданы мне медицинскими работниками в течение всего срока лечения;
- при первых признаках ухудшения самочувствия (повышение температуры, кашель, затрудненное дыхание) обратиться за медицинской помощью и не допускать самолечения;
- сдать пробы для последующего лабораторного контроля при посещении меня медицинским работником на дому.

Медицинским работником мне разъяснено, что новая коронавирусная инфекция (COVID-19) представляет опасность для окружающих, в связи с чем при возможном контакте со мной третьи лица имеют высокий риск заражения, что особо опасно для людей старшего возраста, а также людей, страдающих хроническими заболеваниями.

Я предупрежден(а), что нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание, может повлечь привлечение к уголовной ответственности, предусмотренной статьей 236 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Медицинским работником мне предоставлены информационные материалы по вопросам ухода за пациентами - больными новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и общим рекомендациям по защите от инфекций, передающихся воздушно-капельным и контактным путем. их содержание мне разъяснено и полностью понятно.

Я проинформирован(а) о том, что в случае отказа от подписания настоящего согласия, за мной сохраняется право повторно обратиться в медицинскую организацию по месту жительства для предоставления лекарственного обеспечения до получения второго отрицательного результата лабораторного исследования на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19).

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

Заместитель Председателя
Правительства Иркутской области



В.Ф. Вобликова