

Приложение № 3
к приказу Министерства
здравоохранения Свердловской
области от 29.05.2020 № 975-н

**Маршрутизация детей для оказания медицинской помощи в условиях
амбулаторного центра помощи детям с новой коронавирусной инфекцией
COVID-19**

| Медицинская организация | Районы города Екатеринбурга |
|---|---|
| Муниципальное автономное учреждение «Детская городская больница № 8» | - Чкаловский - Октябрьский - Кировский (за исключением Пионерского пос.) - Мкрн. Академический |
| Муниципальное автономное учреждение «Детская городская клиническая больница № 11» | - Ленинский - Орджоникидзевский - Железнодорожный - Верх-Исетский - Кировский (Пионерский пос.) |

Приложение № 4
к алгоритму ведения детей
с бессимптомным течением новой
коронавирусной инфекцией COVID-19
в условиях стационара на дому

**Чек-лист осмотра ребенка с бессимптомным течением новой
коронавирусной инфекции COVID-19 в условиях стационара на дому**

| параметр | | значение |
|--------------------------|--|----------|
| <input type="checkbox"/> | SpO ₂ | |
| <input type="checkbox"/> | Температура тела | |
| <input type="checkbox"/> | ЧДД | |
| <input type="checkbox"/> | ЧСС | |
| <input type="checkbox"/> | Дыхательная недостаточность | |
| <input type="checkbox"/> | Геморрагическая сыпь | |
| <input type="checkbox"/> | Боль в мышцах или выраженная слабость у ребенка | |
| <input type="checkbox"/> | Сухой кашель | |
| <input type="checkbox"/> | Потеря обоняния или снижение ощущения вкуса пищи | |
| <input type="checkbox"/> | Диарея | |

Приложение № 2

к приказу Министерства
здравоохранения Свердловской
области

от 29.05.2020 № 975-12

Согласие

на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях
(на дому) и соблюдение режима изоляции при лечении новой
коронавирусной инфекции COVID-19

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного
представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)
являющегося законным представителем ребенка _____ (Ф.И.О.)
в соответствии с частью Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
проинформирован(-а) медицинским работником

_____ (полное наименование медицинской организации)

_____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
о положительном результате лабораторного исследования биологического
материала моего ребенка _____ (Ф.И.О.) 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 форме, медицинским работником в доступной для меня
форме мне разъяснена возможность оказания медицинской помощи в условиях
стационара на дому или в условиях обсерватора, после чего я выражаю свое
согласие на:

- получение медицинской помощи в условиях стационара на дому моему
несовершеннолетнему ребенку

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)
" " _____ г. рождения,

по адресу:

_____ - соблюдение режима изоляции на период 14 дней в указанном выше помещении.

Мне разъяснено, что я и мой несовершеннолетний ребенок 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 памятке,

врученных мне медицинским работником, а также предписания, которые будут выданы мне медицинскими работниками в течение всего срока лечения;

- при первых признаках ухудшения самочувствия моего несовершеннолетнего ребенка (повышение температуры, кашель, затрудненное дыхание) обратиться за медицинской помощью и не допускать самолечения;
- сдать пробы для последующего лабораторного контроля

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 проинформирован(-а), что в случае нарушения мною режима изоляции мой несовершеннолетний ребенок будет госпитализирован(-а) в медицинское учреждение для обеспечения режима изоляции и дальнейшего лечения в стационарных условиях.

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

Медицинским сотрудником мне предоставлены информационные материалы по общим рекомендациями по защите от инфекций, передающихся воздушно-капельным и контактным путем, их содержание мне разъяснено и полностью понятно.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя,
контактный телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии)
медицинского работника)

" " _____ Г.
(дата оформления)