



« 1 » июня 2020 г.

№ 40

ПРИКАЗ

ПРИКАЗЫВАЮ:

С целью организации приема пациентов в консультативно-диагностической поликлинике РНКЦАиС, а также обеспечения мер по предупреждению заболеваний новой коронавирусной инфекцией COVID-19 среди пациентов приказываю:

Утвердить следующий временный алгоритм приема пациентов в КДП РНКЦАиС в период заболеваемости населения коронавирусной инфекцией COVID-19:

1. Прием осуществляется по предварительной записи в назначенную дату и время при наличии направления формы N 057/у-04 и выписки из карты амбулаторного больного по форме 027/у выданного медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.
2. Интервал между приемом больных должен составлять не менее 20 минут с проведением проветривания и текущей дезинфекции помещения.
3. При входе в КДП регистратором осуществляется термометрия пациента и лица, его сопровождающего;
4. Оформляется история болезни и согласие на получение плановой медицинской помощи в амбулаторных условиях в период повышенной заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (приложение 1 к настоящему приказу).
5. С целью недопущения скопления пациентов в зоне ожидания приема допуск в КДП осуществляется только по времени предварительной записи. Нахождение больного в зоне ожидания осуществляется с соблюдением требований социальной дистанции, масочно-перчаточного режима.
6. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителей директора РНКЦАиС Федосеева В.И., заведующую КДП Бражкину Н.Б.

Приложение 1.

Согласие на получение плановой медицинской помощи в условиях КДП РНКЦАиС взрослого населения в период повышенной заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией COVID-19

Согласие на получение плановой медицинской помощи в условиях КДП РНКЦАиС
взрослого населения в период повышенной заболеваемости населения новой
коронавирусной инфекцией COVID-19

Российский научно-клинический центр аудиологии и слухопротезирования ФМБА
России

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г. рождения, проживающий по
_____ адресу: _____

_____ ,
(адрес места жительства гражданина)

(мобильный телефон гражданина)

в соответствии с [ч.2 ст.22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах
охраны здоровья граждан в Российской Федерации"](#) проинформирован(-а) медицинским
работником

_____ ,
(Ф.И.О., должность медицинского работника)

**о необходимости проведения мне плановой амбулаторной помощи в КДП в период
повышенной заболеваемости новой коронавирусной инфекцией COVID-19**

_____ ,
(подпись)

_____ ,
(Ф.И.О. гражданина)

_____ ,
(подпись)

_____ ,
(Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ г.
(дата оформления)

Согласие на получение ребенком плановой медицинской помощи в условиях КДП
РНКЦАиС в период повышенной заболеваемости населения новой коронавирусной
инфекцией COVID-19

Российский научно-клинический центр аудиологии и слухопротезирования ФМБА
России

Я, _____

(Ф.И.О. гражданина)

" _____ " _____ г. рождения, проживающий по
_____ адресу: _____

_____ ,
(адрес места жительства гражданина)

(мобильный телефон гражданина)

