**ОДП 002 – ПОЭТАПНЫЙ ПЛАН ОБНОВЛЕНИЯ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ АУНЗ**

**ПРИЛОЖЕНИЕ 4**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(имя и фамилия, дата рождения пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(имя и фамилия представителя (по закону или поручению))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес местожительства, электронной почты, телефон)

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)

Я, подписывая настоящий документ, подтверждаю, что:

В течение 14 дней я ***не был/*** ***был*** за границей.

Если Вы были за границей, укажите страну \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В течение 14 дней до визита в УНЗ *(учреждение по надзору за здоровьем)* я ***не контактировал/*** ***контактировал*** с людьми, выезжавшими за границу;

В течение 14 дней до визита в УНЗ у меня ***не было*** контакта/ ***был*** контакт с человеком, у которого подтвержден или вероятен (подозревается) вирус COVID-19;

В настоящее время у меня ***повышенная/*** ***не повышенная***температура и в течение 14 дней до визита в УНЗ у меня ***была***повышенная температура/ ***не было*** повышенной температуры*.*

Показатели температуры тела \_\_\_\_\_\_\_ (заполняется, если у пациента повышенная/ была повышенная температура)

В течение 14 дней до визита в УНЗ у меня расстройства дыхания (напр. кашель, одышка, затрудненное дыхание, обонятельные или вкусовые расстройства и т.п.), сильная усталость, потеря аппетита ***не были/*** ***были***

В течение 14 дней до визита в УНЗ у меня ***не было*** контакта/ ***был*** контакт с 2 или более людьми с жаром и/или проблемами с дыханием (напр. чихающих, кашляющих, страдающих от удушья и т.д.);

Мне известна и разъяснена моя ответственность за нарушения закона о гражданской обороне Литовской Республики и закона Литовской Республики о профилактике инфекционных заболеваний человека и контроле за ними, а также ответственность за нарушение правил борьбы с эпидемиями или инфекционными заболеваниями, предусмотренными правовыми актами Литовской Республики, и за последствия, вызванные этими нарушениями.

(подпись) (имя и фамилия пациента или его представителя)