

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З № 404

от «09» Апреля 2020 года

г. Брянск

О внесении изменений в приказ департамента здравоохранения Брянской области от 01 апреля 2020 года № 378 «О временном порядке организации оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (дневном стационаре на дому) пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 на территории Брянской области»

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» и в целях борьбы с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 на территории Брянской области,

П Р И К А З Ы В А Ю:

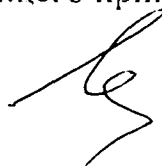
1. Внести в приказ департамента здравоохранения Брянской области от 01.04.2020г. № 378 «О временном порядке организации оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (дневном стационаре на дому) пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 на территории Брянской области» изменение, изложив Приложение № 2 «Согласие на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) и соблюдение режима изоляции при лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19» в редакции согласно приложению к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций, подведомственных департаменту здравоохранения Брянской области, обеспечить работу в соответствии с настоящим приказом.

3. Приказ вступает в силу в порядке, установленном действующим законодательством, и подлежит официальному опубликованию.

4. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Директор департамента



А.Н. Бардуков

Приложение № 2  
к приказу  
департамента здравоохранения  
Брянской области  
от «01» апреля 2020 г. №378

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) гражданина/ законного представителя)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
являюсь законным представителем \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)  
" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированного по адресу:

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 (при наличии) 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 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 проинформирован(-а), что в случае нарушения мною режима изоляции я буду 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 статьей 236 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Медицинским сотрудником 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.

---

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

---

(подпись)

---

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

---

(подпись)

---

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

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)