№ 02-21/1512-вн от 24.06.2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Қазақстан Республикасы** |   **денсаулық сақтау министрлігі**  **Тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау комитеті**  **БАС МЕМЛЕКЕТТІК САНИТАРИЯЛЫҚ ДӘРІГЕРІ** |  | **Министерство**  **здравоохранения**  **Республики Казахстан**  **Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг**  **ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ** |

**ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

**\_24 июня 2020 года\_ №\_42\_**

**Нұр-Сұлтан қаласы город Нур-Султан**

**О дальнейшем усилении мер по**

**предупреждению заболеваний**

**коронавирусной инфекцией в пунктах**

**пропуска на государственной границе**

**Республики Казахстан**

В целях предупреждения распространения коронавирусной инфекции COVID-19 (далее – COVID-19) среди населения Республики Казахстан в соответствии с приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 25 февраля 2015 года № 130 «Об утверждении Перечня инфекционных заболеваний, при угрозе возникновения и распространения которых вводятся ограничительные мероприятия, в том числе карантин» и приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 20 марта 2015 года № 239 «Об утверждении Правил осуществления ограничительных мероприятий, в том числе карантина, на территории Республики Казахстан**ПОСТАНОВЛЯЮ:**

**1. Акимам, руководителям управлений здравоохранения областей, городов Алматы, Нур-Султан, Шымкент, Центральным государственным органам, Департаменту контроля качества и безопасности товаров и услуг на транспорте обеспечить:**

1) проведение мероприятий в отношении лиц, прибывающих авиарейсами из-за рубежа в Республику Казахстан в следующем порядке:

ограничительные меры в отношении лиц, прибывших **международными пассажирскими** авиарейсами из-за рубежа в Республику Казахстан, проводятся согласно приложению 1 к настоящему постановлению, за исключением экипажей авиакомпаний;

пассажиры, следующие международным транзитом, подлежат проведению ограничительных мер в конечном пункте назначения;

лица с повышенной температурой тела подлежат изоляции в провизорном стационаре до 2-х суток для проведения лабораторного обследования на COVID-19;

после получения результатов лабораторного обследования на COVID-19, лица с положительным результатом переводятся в инфекционный стационар;

лицам с отрицательным результатом на COVID-19 проводится разъяснение о возможных симптомах COVID-19 с получением соответствующей расписки согласно приложению 3 к настоящему постановлению.

2) проведение мероприятий в отношении лиц, прибывающих в Республику Казахстан из стран ЕАЭС и Республики Узбекистан через пункты пропуска через Государственную границу Республики Казахстан на железнодорожном, морском, речном транспорте и автопереходах в следующем порядке:

все лица, прибывающие в Республику Казахстан из стран ЕАЭС и Республики Узбекистан через пункты пропуска через Государственную границу Республики Казахстан на железнодорожном, морском, речном транспорте и автопереходах, проходят термометрию и анкетирование;

члены локомотивных бригад, лица, связанные с перевозочной деятельностью на железнодорожном, морском и речном транспорте и водители, осуществляющие международные автомобильные перевозки грузов, проходят анкетирование согласно приложению 4 к настоящему постановлению, остальные прибывшие лица - согласно приложению 2 к настоящему постановлению;

лицам с температурой тела в пределах нормы проводится разъяснение о возможных симптомах COVID-19 с получением соответствующей расписки согласно приложению 4 к настоящему постановлению, они продолжают следовать по месту назначения;

лица с повышенной температурой тела подлежат изоляции в провизорномстационаре до 2-х суток для проведения лабораторного обследования на COVID-19;

после получения результатов лабораторного обследования на COVID-19, лица с положительным результатом переводятся в инфекционный стационар;

лицам с отрицательным результатом на COVID-19 проводится разъяснение о возможных симптомах COVID-19 с получением соответствующей расписки согласно приложению 4 к настоящему постановлению;

3) Главный государственный санитарный врач соответствующей территории, на транспорте вправе принимать решение о карантинизации пассажиров, прибывших из-за рубежа с учетом складывающейся эпидемиологической ситуации в регионе и мире.

**2. Департаменту контроля качества и безопасности товаров и услуг на транспорте, территориальным департаментам Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг, структурным подразделениям органов государственных доходов в автомобильных пунктах пропуска через Государственную границу Республики Казахстан** **обеспечить:**

1. проведение санитарно-карантинного контроля с обязательной термометрией всех лиц, прибывающих из-за рубежа во всех пунктах пропуска через Государственную границу Республики Казахстан
2. обработку данных системой распознавания анкет с передачей их в Веб приложение Министерства здравоохранения Республики Казахстан в течение двух часов после прибытия рейса согласно приложению 2 к настоящему постановлению;
3. укомплектование специалистов санитарно-карантинных пунктов в пунктах пропуска на государственной границе Республики Казахстан средствами индивидуальной защиты и дезинфекционными средствами с учетом круглосуточного режима работы;
4. проведение санитарно-просветительной и разъяснительной работы на постах транспортного контроля среди перевозчиков и пассажиров по профилактике и предупреждению распространения COVID-19;
5. организацию размещения наглядной агитации по предупреждению распространения COVID-19, а также информировать пассажиров по громкоговорящей связи по вопросам профилактики COVID-19;
6. раздачу памяток всем гражданам, приезжающим из-за рубежа по вопросам профилактики COVID-19 в условиях угрозы ее завоза и распространения в мире;
7. проведение санитарно-просветительной работы среди населения с использованием средств массовой информации по вопросам профилактики COVID-19;
8. инструктаж сотрудников пунктов пропуска на Государственной границе по вопросам профилактики COVID-19.

**3. Министерству индустрии и инфраструктурного развития Республики Казахстан** обеспечить ограничение международных пассажирских сообщений**.**

**4. Руководителям авиакомпаний обеспечить:**

1. проведение во время полета анкетирования пассажиров и экипажа, в том числе проверку полноты заполнения, в случаях не полного заполнения проводить дополнительное анкетирование;
2. незамедлительную передачу заполненных анкет, манифеста и генеральную декларацию воздушного судна специалисту санитарно-карантинного пункта в аэропорту прилета;
3. соблюдение безопасного расстояния между пассажирами (не менее 1 метра) и масочного режима при прохождении регистрации, посадки и высадки с воздушного судна;
4. наличие средств индивидуальной защиты (маски, перчатки), антисептиков для рук, дезинфицирующих средств на борту воздушного судна;
5. во время полета в салоне воздушного судна ограничение движения пассажиров, а также скопления у туалета;
6. допуск к работе сотрудников при наличии средств индивидуальной защиты (медицинские маски, перчатки);
7. проведение предсменного (предполетного) медицинского осмотра сотрудников с измерением температуры тела;

8) перед возобновлением регулярных международных авиасообщений провести ревизию систем кондиционирования, вентиляции и замену фильтров на воздушных судах.

**5. Руководителю Департамента контроля качества и безопасности товаров и услуг на транспорте обеспечить:**

1. проведение бесконтактной термометрии всех лиц, прибывающих международными пассажирскими авиарейсами в зоне прилета;
2. в случае выявления лиц, с повышенной температурой тела или лиц с симптомами заболевания (кашель, одышка, затрудненное дыхание), препроводить пассажира в изолятор аэропорта с соблюдением мер по недопущению возможного заражения;
3. обработку данных системой распознавания анкет с передачей их в Веб приложение Министерства здравоохранения Республики Казахстан в течение двух часов после прибытия рейса;
4. вручение пассажирам, прибывшим международными авиарейсами без справки COVID-19 методом ПЦР из страны вылета, – уведомления об обязательности прохождения лабораторного обследования на COVID-19 методом ПЦР в течение 48 часов со дня прилета или нахождения на домашнем карантине в течение 14 дней в городе пребывания согласно приложению 1 к настоящему постановлению;
5. направление в территориальные департаменты Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг информации по пассажирам, прибывшим международными авиарейсами без справки COVID-19 методом ПЦР из страны вылета.

**6. Руководителям территориальных департаментов Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг обеспечить** контроль за прохождением лабораторного обследования на COVID-19 методом ПЦР в течение 48 часов со дня прилета или соблюдения требований домашнего карантина в течение 14 дней пассажирами, прибывшими международными авиарейсами без справки на COVID-19, а в случае несвоевременного лабораторного обследования на COVID-19 методом ПЦР или нерушения требований домашнего карантина принятие соответствующих мер по отношению к ним.

**7.** **Руководителям международных аэропортов областей, городов Нур-Султан, Алматы и Шымкента обеспечить:**

1) текущую профилактическую дезинфекцию воздушных судов после каждого рейса;

2) соблюдение безопасного расстояния между пассажирами (не менее 1 метра) и масочного режима при прохождении регистрации, посадки и высадки с воздушного судна;

3) текущую профилактическую дезинфекцию всех помещений терминалов аэропорта, задействованных в высадке и посадке пассажиров регулярных и чартерных рейсов;

4) соблюдение алгоритма работы аэропортов согласно приложению 12 к постановлению постановления главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от 22 июня 2020 года №42-ПГВр.

8. Контроль за исполнением настоящего постановления оставляю за собой.

9. Настоящее постановление вступает в силу со дня подписания.

**Главный Государственный**

**санитарный врач**

**Республики Казахстан А. Есмагамбетова**

Приложение 1 к постановлению

Главного государственного

санитарного врача

Республики Казахстан

№ от 2020 года

**Категории стран и ограничительные меры в отношении пассажиров, прибывающих международными пассажирскими**

**авиарейсами**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Категория** | **Страны** | **Ограничительные меры** |
| 1. | Первая категория | КНР, Южная Корея, Япония, Грузия, Тайланд, Венгрия,  Индия, Германия  Чехия, Малайзия | 1) термометрия;  2) анкетирование. |
| 2. | Вторая категория | Турция, Египет, Украина, Польша, Узбекистан, Киргизия, Таджикистан  Нерегулярные (эвакуационные и чартерные) рейсы из стран третьей категории. | Пассажиры, прибывшие в Республику Казахстан:   1. термометрия; 2. анкетирование; 3. при наличии справки об обследовании на COVID-19 с отрицательным результатом лабораторного обследования методом ПЦР с момента получения которой прошло не более 5 суток на момент пересечения государственной границы Республики Казахстан (далее – справка) – без ограничений; 4. при отсутствии справки – лабораторное обследование на COVID-19 методом ПЦР по месту пребывания (для иностранных граждан), по месту проживания (для граждан Республики Казахстан) в течение 48 часов со дня прилета с вручением уведомления об обязательности его прохождении или домашний карантин на 14 дней. |
| 3. | Третья категория | Все страны за исключением стран из первой и второй категории. | Регулярные авиарейсы запрещены. |

**Уведомление об обязательном прохождении**

**лабораторного обследования на COVID-19 методом ПЦР**

Населённый пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2020 года

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ИИН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. (при наличии)

паспорт/удостоверение личности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданного, МВД/МЮ РК от \_\_ \_\_ \_\_\_\_ года, прописанный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, фактически проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Обязуюсь пройти лабораторное обследование на COVID-19, в течении 48 часов по месту проживания. Согласен на обработку персональных данных.

Осведомлён о необходимости при появлении температуры или признаков недомогания незамедлительно обратиться в колл-центр по COVID-19 или вызвать скорую помощь, уведомив о прибытии из-за рубежа.

Осведомлён о наличии административной ответственности согласно частью 3 статьи 462 Кодекса Республики Казахстан от 5 июля 2014 года «Об административных правонарушениях» (далее – КоАП) за невыполнение или ненадлежащее выполнение законных требований или постановлений должностных лиц государственных органов в пределах их компетенции.

Осведомлен о наличии административной ответственности, предусмотренной частью 1 статьи 462 КоАП, о запрете воспрепятствования должностным лицам государственных инспекций и органов государственного контроля и надзора в выполнении ими служебных обязанностей в соответствии с их компетенцией, выразившееся в отказе от предоставления необходимых документов, материалов, статистических и иных сведений, информации, либо предоставление недостоверной информации.

Также осведомлён, о наличии уголовной ответственности за применение насилия в отношении представителя власти, в соответствии со статьей 380 Уголовного кодекса Республики Казахстан от 3 июля 2014 года.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

к постановлению Главного государственного санитарного врача

Республики Казахстан

№ от 2020 года

**Алгоритм**

**обработки данных инфицированных и контактных, с целью**

**мониторинга и проведения расследования при регистрации COVID-19**

1. Регистрация инфицированных и контактных с целью мониторинга и расследования при регистрации COVID-19 проводится с использованием предварительной классификации:

* завозные случаи (авиарейсы, железнодорожные перевозки, авто);
* контактные случаи (из категории близких контактов инфицированных);
* местные случаи (не установленные источники инфицирования)
* выявленные в рамках проведения скрининга с профилактической целью.

1.1 Регистрация завозных случаев:

1.1.1. Специалисты санитарно-карантинных пунктов территориальных Департаментов контроля качества и безопасности товаров и услуг на транспорте Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее - СКП) проводят анкетирование в Веб приложении COVID-19 Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – Веб приложение COVID-19) либо на бумажном носителе формы, для регистрации пассажиров, прибывших из других стран на бумажном носителе. Заполнение анкет производится пассажирами самостоятельно, либо с помощью специалистов СКП.

1.1.2. Отказ от заполнения анкет для регистрации пассажиров, прибывших из других стран/регионов является основанием для привлечения к административной ответственностив соответствии с законодательством РК.

1.1.3. При заполнении пассажирами анкет для регистрации пассажиров, прибывших из других стран на бумажном носителе сотрудники СКП переносят сведения в Веб – приложение COVID-19 в течение двух часов после прибытия рейса/поезда/авто.

1.1.4. Специалисты территориальных Департаментов Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – ТД) ведут мониторинг эпидемиологической ситуации по COVID-19 в регионе, а именно: производят сбор данных согласно таблицам 1А, 1Б, 2, 3А, 3Б, 4, 5А, 5Б, 5В, 5Г, 5Д, 5Е, а также вводят данные в Веб – приложение COVID-19.

1.1.5. Специалистам Управлений общественного здравоохранения городов республиканского значения и областей (далее – УОЗ) необходимо предоставить все данные о инфицированных в ТД, согласно таблицам 1Б, 3Б, 4, 4, 5Б, 5В, 5Г, а также приложению 36, а также предоставить все данные о контактных лицах в ТД согласно таблицам 1Б, 3Б, 4, 4, 5Б, 5В, 5Г, а также приложению 37 к настоящему постановлению.

1.2. Регистрация контактных случаев:

1.2.1. В случае обнаружения инфицированного после проведения диагностических мероприятий и опроса по выявлению контактных лиц данные о инфицированных и контактных лиц вносится в Веб- приложение COVID-19 в раздел «Добавить пациента» согласно пункту 1.1.4 и 1.1.5 настоящего приложения.

1.3. Регистрация местных случаев:

1.3.1. Специалистами ТД формируется информация согласно пункту 1.1.4 и 1.1.5 настоящего приложения, в случае получения от УОЗ экстренного извещения об обращении пациента с подозрением на COVID-19.

1.4. Регистрация близкого контакта.

1.4.1. При завозном случае, близкий контакт определяется согласно приложению 33 к настоящему постановлению, регистрация производится автоматически.

1.4.2. Специалистами ТД при местном и контактном случаях данные вводятся согласно приложениям 12 и 13 к настоящему постановлению.

1. Специалисты УОЗ и (или) организаций ПМСП в целях удаленного мониторинга состояния здоровья проводят инструктаж по установке мобильного приложения для граждан Республики Казахстан и информируют о необходимости ввода сведений о самочувствии с установленной периодичностью. Для лиц, не являющихся гражданами РК удаленный мониторинг ведется путем обзвона и заполнение необходимых сведений специалистами УОЗ. Сведения, полученные в результате удаленного мониторинга, подлежат передаче в ТД, согласно пункту 1.1.5 настоящего приложения.

2.1. Лица, находящиеся под медицинским наблюдением по месту проживания, а также на домашнем карантине, обязаны с необходимой периодичностью вводить сведения в мобильное приложение о своем самочувствии для проведения удаленного мониторинга. Отказ или несвоевременное введение сведений о своем самочувствии является основанием для привлечения к административной ответственностив соответствии с законодательством РК.

2.2. Медицинская информационная система интегрирует результаты дистанционного медицинского наблюдения в Веб - приложение COVID-19 автоматически по мере обновления.

1. Специалисты ТД в течение двух часов с момента получения протокола лабораторного исследования о положительном результате лабораторного исследования на COVID-19 вводят данные о пациенте в Веб-приложение COVID-19 согласно пункту 1.1.4 настоящего приложения.
   1. Специалисты ТД после получения протокола лабораторного исследования о положительном результате на COVID-19 у пациента собирают эпидемиологический анамнез по данному пациенту и вводят в Веб-приложение COVID-19.
   2. Специалисты ТД после определения круга лиц БК и ПК с больным COVID-19 направляют сведения о данных лицах в УОЗ для проведения карантинных мероприятий.
2. Специалисты ТД вводят информацию о завершении стационарного или домашнего карантина в Веб приложение COVID-19.
   1. Специалисты ТД вводят информацию об исходе случая COVID-19 (выздоровление/летальный исход) в Веб-приложение COVID-19 согласно пункту 1.1.4 настоящего приложения.

**АНКЕТА для регистрации пассажиров, прибывших** **из других стран/регионов**

1. **Фамилия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Имя

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Отчество

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Дата рождения

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Гражданство

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. ИИН или паспортные данные

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Место работы (учебы)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. В какой стране вы были в последние 14 дней

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Имелся ли контакт с больными или лицами, имеющими симптомы заболевания

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| да |  |  |  |  |  | 1. нет |  |  |

1. Место жительства, либо предполагаемое место проживания

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Контактные телефоны

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Маршрут движения

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. откуда |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| куда |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

1. Подпись
2. Дата

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

*Примечание: Данные анкеты будут использованы исключительно в служебных целях в рамках проводимых мер по предупреждению завоза и распространению на территории РК коронавирусной инфекции (COVID 19), анкетируемый пассажир несет ответственность за предоставляемые сведения в соответствии с законодательством РК.*

Chief State sanitary doctor

of the Republic of Kazakhstan

№2 of \_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_

,

**QUESTIONNAIRE** for registration of passengers arriving from other countries / regions

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Surname

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Name

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Father’s name

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Date of birth

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Citizenship

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Passport data

Place of work (study)

Place and duration of stay in the last 14 days

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Was there a contact with the diseased or persons who have symptoms of the disease

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| yes |  |  |  |  |  | 1. no |  |  |

Place of residence or alleged residence

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Contact phone numbers

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Route

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| From |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| To |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

Signature

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Date

*Note: these forms will be used solely for business purposes in the context of measures to prevent the importation and dissemination in the territory of Kazakhstan coronavirus infection (COVID 19), surveyed the passenger is responsible for what information is supplied in accordance with the laws of RK.*

**Таблица 1**

**Список контактных лиц случая COVID-19**

**ФИО случая COVID-19\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_его идентификационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата постановки диагноза\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата появления первых симптомов (если имелись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Таблица 1А**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Идентифи-кационный  номер контактного лица | ФИО  контактного лица | Близкий контакт | Пол | Дата рождения | ИИН | Домашний адрес | Мобильный телефон | Место, где произошел контакт  - дом  - в больнице  - на работе  - экскурсионная группа  - другое укажите | Место (адрес) где произошел контакт |
| 1 | 2 | 3 |  | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Продолжение таблицы* «*Список контактных лиц случая COVID-19»* **Таблица 1Б**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Дата контакт | Время контакта | Длитель  ность  контакта (минуты) | Отношение к больному COVID-19  - член семьи  - друг  - медицинский работник  - коллега  - другой\_\_\_\_\_ | Кровный родственник (если да, укажите связь)  - да  - нет  - неизвестно уточните \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Связь с контактным лицом установлена:  - в работе  - по телефону  - другое,  (уклоняется от предоставлении данных и т.д. уточнить) | Диагноз контакта    - не определен  - отрицательный  - подтвержденный случай COVID-19  - вероятный случай COVID-19 | Дата диагноза | Медицинская организация, осуществляющее наблюдение за контактным лицом |
|  | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Таблица 2**

**Форма передачи данных контактных лиц для последующего медицинского наблюдения**

**ФИО и место работы ответственного эпидемиолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Медицинская организация осуществляющее наблюдение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата и время донесения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО | Пол | Дата рождения | ИИН | Домашний адрес | Мобильный телефон |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Таблица 3А**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма наблюдения за контактом больного COVID-19**  Данные собрал:  1. Фамилия Имя Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Место работы (название организации, адрес): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Мобильный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Данные контактного лица  1. Фамилия Имя Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Домашний адрес (место карантина):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Мобильный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Дневник контрольного наблюдения** (указать симптомы заболевания)

**Таблица 3Б**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дни | Утром | Вечером | Дни | Утром | Вечером |
| Первый день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Восьмой день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Второй день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Девятый день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Третий день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Десятый день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Четвертый день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Одиннадцатый день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Пятый день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Двенадцатый день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Шестой день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Тринадцатый день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Седьмой день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Четырнадцатый день  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**Таблица 4**

**Сведения о контактных лицах, находящихся под медицинским наблюдением в условиях домашнего карантина**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ФИО сотрудника, проводящего наблюдение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный телефон сотрудника, проводящего наблюдение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Организация, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| №п/п | Идентификатор  ответственного специалиста | Уникальный иденти-фикатор контактного лица | Фамилия | Имя | Пол | Возраст | Адрес/ конт.телефон:  домашн., моб. | Контактный телефон родственников | Текущий статус  1 – под наблюдением  2 – в работе (поиск)  3 – переведен  4 - снят | Дата снятия/ перевода |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Журнал регистрации** **случая COVID-19**

**Таблица 5А**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Уникальный идентификатор случая | Номер кластера/региона | Фамилия Имя Отчество (при его наличии) | Пол | Дата рождения (DD/MM/YYYY)  Возраст (лет, месяцев) | Адрес проживания | Гражданство | ИИН | | Контактный телефон (мобильный и домашний) | **Текущий статус:** | Статус случая |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  | | 10 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Живой ⬜ Умерший⬜ | ⬜подтвержденный  ⬜ вероятный  ⬜ подозрительный |

**Симптомы**

# **Таблица 5Б**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Дата возникновения первого симптома | Высокая температура >370C (сейчас или ранее) | Боль в горле | Насморк | Кашель | Затрудненное дыхание/одышка | Рвота | Тошнота | Понос | Дополнительные сведения/Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 10 |
|  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_2020г.  ⬜ Нет симптомов ⬜ неизвестно | да ⬜  нет ⬜ неизвестно ⬜ | да ⬜  нет ⬜ неизвестно⬜ | да ⬜  нет ⬜ неизвестно⬜ | да ⬜  нет ⬜ неизвестно ⬜ | да ⬜  нет ⬜ неизвестно ⬜ | да ⬜  нет ⬜ неизвестно ⬜ | да ⬜  нет ⬜ неизвестно⬜ | да ⬜  нет ⬜ неизвестно ⬜ |  |

**Начальный сбор образцов**

# **Таблица 5В**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Дата сбора респираторных образцов | Тип респираторного образца | Была ли взята сыворотка? | Были ли взяты другие биологические образцы? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 |
|  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2020 г. | ⬜ Мазок из носа  ⬜ Мазок из зева  ⬜ Мазок из носоглотки  ⬜ Другое, укажите | да ⬜ дата:\_\_\_\_\_\_\_  нет ⬜ | да ⬜ указать какие и дату \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  нет ⬜ |

**Клиническая характеристика**

# **Таблица 5Г**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Требуется госпитализация | Требуется помещение в реанимационное отделение | Острый респираторный дистресс-синдром | Пневмония (на рентгене или КТ) | Другие тяжелые или угрожающие жизни состояния, предполагающие наличие инфекции | Требуется искусственная вентиляция легких | Требуется экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭМО) | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
|  | ⬜ да  ⬜ нет  ⬜ неизвестно  Если да, укажите стационар | ⬜ да  ⬜ нет  ⬜ неизвестно | да ⬜ дата:\_\_\_\_\_\_\_  нет ⬜ | да ⬜ дата\_\_\_\_\_\_\_\_  нет ⬜  рентген/КТ не проводились | да ⬜ указать какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  нет ⬜ | да ⬜  нет ⬜ неизвестно ⬜ | да ⬜  нет ⬜ неизвестно ⬜ |  |

**Эпидемиологический анамнез**

# **Таблица 5Д**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Путешествие в течение последних 14 дней внутри страны? | Посещенные населенные пункты в стране (с указанием области) | Путешествие в течение последних 14 дней за пределы Казахстана | Посещенные страны | Посещенные населенные пункты | Был ли контакт с кем-либо, у кого подозревали или подтвердили инфекцию COVID-19? | Посещал массовые собрания/ мероприятия/ концерты за последние 14 дней | Близко контактировал с человеком, который имеет подобное заболевание в течение последних 14 дней |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
|  | да ⬜ с \_\_\_/\_\_\_\_/2020 по \_\_\_/\_\_\_\_/2020  нет ⬜  неизвестно ⬜ | 1.  2.  3.  .  . | да ⬜ с \_\_\_/\_\_\_\_/2020 по \_\_\_/\_\_\_\_/2020  нет ⬜ |  |  | да ⬜ в какой период указать \_\_\_\_\_\_\_\_  нет ⬜ неизвестно ⬜ | да ⬜  нет ⬜  неизвестно ⬜ | да ⬜  нет ⬜  неизвестно ⬜ |

Продолжение таблицы **Таблица 5Е**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Пациент посещал или был госпитализирован в больницу в течение последних 14 дней | Пациент посещал поликлинику/СВА/ФАП в течение последних 14 дней | Род занятий пациента |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | да ⬜ Если да, то уточните\_\_\_\_\_\_\_  нет ⬜  неизвестно⬜ | 1.  2.  3. | Работник здравоохранения ⬜  Лабораторный специалист ⬜  Студент/учащийся ⬜  Другое, уточните ⬜ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Данные собрал:

1. Фамилия Имя Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Место работы (название организации, адрес):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Рабочий телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Мобильный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Форма заполнена полностью: ⬜ да, полностью ⬜ нет, частично
8. Укажите причину неполного заполнения ⬜ Контакт утерян ⬜ Отказ, предоставления данных ⬜ Другое, укажите\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Дата "\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год

**Информация о лице, представившем информацию (если это не пациент)**

1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество (при его наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата рождения (число/месяц/год)\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_
3. Пол: 1- муж, 2- жен
4. Индивидуальный идентификационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Место жительства (адрес) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Место работы, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Кем приходится пациенту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Мобильный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 3 к постановлению Главного государственного санитарного врача

Республики Казахстан

№ от 2020 года

**Расписка**

**контактного лица с больным COVID-19 и лица, прибывшего из-за рубежа в Республику Казахстан авиарейсами**

Населённый пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2020 года

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ИИН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. (при наличии)

паспорт/удостоверение личности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданного, МВД/МЮ РК от \_\_ \_\_ \_\_\_\_ года, прописанный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, фактически проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. принимаю на себя обязательства по соблюдению мер безопасности как лицо с высоким эпидемическим риском COVID-19, утвержденных Постановлением главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_- ПГВР. Согласен на обработку персональных данных.

Осведомлён о необходимости при появлении температуры или признаков недомогания у любого члена семьи/домохозяйства незамедлительно обратиться в колл-центр по COVID-19 или вызвать скорую помощь, уведомив о карантине и указав причину обращения.

Осведомлён о наличии административной ответственности согласно частью 3 статьи 462 Кодекса Республики Казахстан от 5 июля 2014 года «Об административных правонарушениях» (далее – КоАП) за невыполнение или ненадлежащее выполнение законных требований или постановлений должностных лиц государственных органов в пределах их компетенции.

Осведомлен о наличии административной ответственности, предусмотренной частью 1 статьи 462 КоАП, о запрете воспрепятствования должностным лицам государственных инспекций и органов государственного контроля и надзора в выполнении ими служебных обязанностей в соответствии с их компетенцией, выразившееся в отказе от предоставления необходимых документов, материалов, статистических и иных сведений, информации, либо предоставление недостоверной информации.

Также осведомлён, о наличии уголовной ответственности за применение насилия в отношении представителя власти, в соответствии со статьей 380 Уголовного кодекса Республики Казахстан от 3 июля 2014 года.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 4 к постановлению

Главного государственного

санитарного врача

Республики Казахстан

№ от 2020 года

**АНКЕТА для регистрации водителей (грузоперевозчиков), прибывших из других стран/регионов**

1. **Фамилия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Имя**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Отчество**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Дата рождения**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Гражданство**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **ИИН или паспортные данные (в соответствии документу, удостоверяющим личность)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Место работы**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **В какой стране вы были в последние 14 дней (название населенного пункта)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Имелся ли контакт с больными или лицами, имеющими симптомы заболевания**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **да** |  |  |  |  |  | **нет** |  |  |

**10. Наличие справки, подтверждающей обследование с указанием даты и названия организации, выдавшей справку.**

**Дата обследования**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **да** |  |  |  |  |  | **нет** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Название организации:**

**11. Место жительства, либо предполагаемое место проживания (с указанием полного адреса)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**12.Контактные телефоны Проверка телефона (перезвон)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **да** |  |  |  |  |  | **нет** |  |  |

**13.Марка машины и номер машины**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**14. Маршрут движения**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Название груза** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Пункт выезда (адрес организации)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Пункт доставки (адрес организации)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата и время доставки** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**15. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**16. Дата Время въезда**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

***Примечание: Данные анкеты будут использованы исключительно в служебных целях в рамках проводимых мер по предупреждению завоза и распространению на территории РК коронавирусной инфекции (COVID 19), анкетируемый пассажир несет ответственность за предоставляемые сведения в соответствии с законодательством РК.***

**Расписка**

для лиц, прибывших из стран ЕАЭС и Республики Узбекистан через пункты пропуска через Государственную границу Республики Казахстан на железнодорожном, морском, речном транспорте и автопереходах

Населённый пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2020 года

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ИИН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. (при наличии)

паспорт/удостоверение личности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выданного, МВД/МЮ РК от \_\_ \_\_ \_\_\_\_ года, прописанный по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, фактически проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. принимаю на себя обязательства по соблюдению мер безопасности как лицо с высоким эпидемическим риском COVID-19, утвержденных Постановлением главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 года № \_\_\_- ПГВР. Согласен на обработку персональных данных.

Подтверждаю достоверность информации указанной в анкете, в том числе по маршруту следования до места назначения. Осведомлён об ответственности за изменение маршрута следования и предоставление недостоверной информации.

Осведомлён о необходимости при появлении температуры или признаков недомогания незамедлительно обратиться в колл-центр по COVID-19 или вызвать скорую помощь, уведомив о прибытии из-за рубежа и указав причину обращения.

Осведомлён о наличии административной ответственности согласно частью 3 статьи 462 Кодекса Республики Казахстан от 5 июля 2014 года «Об административных правонарушениях» (далее – КоАП) за невыполнение или ненадлежащее выполнение законных требований или постановлений должностных лиц государственных органов в пределах их компетенции.

Осведомлен о наличии административной ответственности, предусмотренной частью 1 статьи 462 КоАП, о запрете воспрепятствования должностным лицам государственных инспекций и органов государственного контроля и надзора в выполнении ими служебных обязанностей в соответствии с их компетенцией, выразившееся в отказе от предоставления необходимых документов, материалов, статистических и иных сведений, информации, либо предоставление недостоверной информации.

Также осведомлён, о наличии уголовной ответственности за применение насилия в отношении представителя власти, в соответствии со статьей 380 Уголовного кодекса Республики Казахстан от 3 июля 2014 года.

Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласовано**

24.06.2020 17:27 Естекова Гульмира Абдигалиевна

24.06.2020 17:29 Кожапова Роза Абзаловна

24.06.2020 17:30 Садвакасов Нуркан Олжабаевич

**Подписано**

24.06.2020 17:48 Есмагамбетова Айжан Серикбаевна