№ 01-1-21/4321-вн от 02.10.2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **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**

**2020 жылғы 2 қазан\_\_ № 54**

**Нұр-Сұлтан қаласы Нұр-Сұлтан қаласы**

**Қазақстан Республикасының мемлекеттік шекарасындағы өткізу пункттерінде коронавирустық инфекция ауруының алдын алу жөніндегі шараларды одан әрі күшейту туралы**

Қазақстан Республикасының халқы арасында COVID-19 коронавирустық инфекциясының (бұдан әрі – COVID-19) таралуының алдын алу мақсатында «Пайда болу және таралу қаупі төнген кезде шектеу іс-шаралары, оның ішінде карантин енгізілетін инфекциялық аурулар тізбесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 25 ақпандағы № 130 бұйрығына және «Қазақстан Республикасының аумағында шектеу іс-шараларын, оның ішінде карантинді жүзеге асыру қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 20 наурыздағы № 239 бұйрығына сәйкес **ҚАУЛЫ ЕТЕМІН:**

**1. Облыстардың, Алматы, Нұр-Сұлтан, Шымкент қалаларының әкімдері, денсаулық сақтау басқармаларының басшылары, Орталық мемлекеттік органдар, көліктегі тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау департаменті:**

1) Қазақстан Республикасына шетелден авиарейстермен келетін адамдарға қатысты іс-шараларды мынадай тәртіппен жүргізуді қамтамасыз етсін:

Қазақстан Республикасының азаматтары болып табылмайтын адамдар Қазақстан Республикасының Мемлекеттік шекарасын кесіп өткен кезде кем дегенде 72 сағат бұрын алынған ПТР әдісімен COVID-19-ға тесттен өткені туралы анықтама (бұдан әрі - Анықтама) болмаған жағдайда кіруге жіберілмейді;

Қазақстан Республикасының үкіметтік делегацияларын; Қазақстан Республикасы Сыртқы істер министрлігінің шақыруы бойынша Қазақстан Республикасына келетін шет мемлекеттердің ресми делегацияларының және халықаралық ұйымдардың мүшелерін; Қазақстан Республикасында аккредиттелген дипломатиялық өкілдіктердің, консулдық мекемелердің және халықаралық ұйымдар өкілдіктерінің қызметкерлері мен олардың отбасы мүшелерін; авиакомпаниялар экипаждарын қоспағанда, Қазақстан Республикасына шетелден **халықаралық жолаушылар** авиарейстерімен келген адамдарға қатысты шектеу шаралары осы қаулыға 1-қосымшаға сәйкес жүргізіледі;

Қазақстан Республикасына шетелден келетін Қазақстан Республикасында аккредиттелген дипломатиялық өкілдіктердің, консулдық мекемелердің және халықаралық ұйымдар өкілдіктерінің қызметкерлері мен олардың отбасы мүшелері болатын/тұратын жері бойынша COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарауға жатады. Оларға осы қаулыға 3-қосымшаға сәйкес тиісті қолхат алына отырып, CОVID-19-дың ықтимал симптомдары туралы түсіндіру жүргізіледі;

2) Қазақстан Республикасына Мемлекеттік шекарасы арқылы өткізу пункттерінен теміржол, теңіз, өзен көлігінде және автоөтпе жолдарында келетін адамдарға қатысты іс-шараларды мынадай тәртіппен жүргізуді қамтамасыз етсін:

Қазақстан Республикасының үкіметтік делегацияларын; Қазақстан Республикасы Сыртқы істер министрлігінің шақыруы бойынша Қазақстан Республикасына келетін шет мемлекеттердің және халықаралық ұйымдардың ресми делегацияларының мүшелерін; Қазақстан Республикасында аккредиттелген дипломатиялық өкілдіктердің, консулдық мекемелердің және халықаралық ұйымдар өкілдіктерінің қызметкерлері мен олардың отбасы мүшелерін қоспағанда, Қазақстан Республикасына Мемлекеттік шекарасы арқылы өткізу пункттерінен теміржол, теңіз, өзен көлігінде және автоөтпе жолдарында келетін адамдарға қатысты шектеу шаралары осы қаулыға 6-қосымшаға сәйкес жүргізіледі;

3) тиісті аумақтың, көліктегі Бас мемлекеттік санитариялық дәрігер өңірдегі және әлемдегі қалыптасқан эпидемиологиялық жағдайды ескере отырып, шетелден келген жолаушыларды карантиндеу туралы шешім қабылдауға құқылы.

**2. Облыстардың, Алматы, Нұр-Сұлтан, Шымкент қалаларының әкімдері, денсаулық сақтау басқармаларының басшылары:**

1)Анықтамасыз шетелден келген Қазақстан Республикасының азаматтарын карантиндік стационарға дейін тасымалдауды;

2) келген адамдарды ПТР әдісімен COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарау нәтижелері алынған күні карантиндік стационардан шығаруды қамтамасыз етсін.

**3. Тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау комитетінің Көліктегі тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау департаменті, аумақтық департаменттері, мемлекеттік кірістер органдарының құрылымдық бөлімшелері Қазақстан Республикасының Мемлекеттік шекарасы арқылы автомобиль өткізу пункттерінде:**

1. Қазақстан Республикасының Мемлекеттік шекарасы арқылы барлық өткізу пункттерінен шетелден келетін барлық адамдарға міндетті түрде термометрия жүргізе отырып, санитариялық-карантиндік бақылау жүргізуді;
2. осы қаулыға 2-қосымшаға сәйкес рейс келгеннен кейін екі сағат ішінде деректерді Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Веб-қосымшасына бере отырып, оларды сауалнамаларды тану жүйесімен өңдеуді;
3. Қазақстан Республикасының мемлекеттік шекарасындағы өткізу пункттеріндегі санитариялық-карантиндік пункттердің мамандарын тәулік бойғы жұмыс режимін ескере отырып, жеке қорғаныш құралдарымен және дезинфекциялау құралдарымен жарақтандыруды;
4. көліктік бақылау бекеттерінде тасымалдаушылар мен жолаушылар арасында COVID-19-дың профилактикасы және таралуының алдын алу бойынша санитариялық-ағарту және түсіндіру жұмыстарын жүргізуді;
5. COVID-19 таралуының алдын алу бойынша көрнекі үгіт құралдарын орналастыруды ұйымдастыруды, сондай-ақ COVID-19-дың профилактикасы мәселелері бойынша дауыс зорайтқыш байланысы арқылы жолаушыларды ақпараттандыруды;
6. шетелден келетін барлық азаматтарға COVID-19-дың әкеліну және әлемде таралу қаупі жағдайларында оның профилактикасы мәселелері бойынша жадынамалар таратуды;
7. COVID-19-дың профилактикасы мәселелері бойынша бұқаралық ақпарат құралдарын пайдалана отырып, халық арасында санитариялық-ағарту жұмысын жүргізуді;
8. Мемлекеттік шекарадағы өткізу пункттерінің қызметкерлеріне COVID-19-дың профилактикасы мәселелері бойынша нұсқама жүргізуді қамтамасыз етсін.

**4. Қазақстан Республикасы Индустрия және инфрақұрылымдық даму министрлігі** халықаралық жолаушылар қатынастарын шектеуді қамтамасыз етсін.

**5. Қазақстан Республикасы Сыртқы істер министрлігі** Қазақстан Республикасында аккредиттелген дипломатиялық өкілдіктерді осы қаулымен таныстырсын.

**6. Қазақстан Республикасы Мәдениет және спорт министрлігі** Қазақстан Республикасына шетелден келетін адамдарға қойылатын талаптардың өзгергені туралы туроператорларды хабардар етсін.

**7. Авиакомпаниялар басшылары:**

1. Анықтама болмаған жағдайда ҚР азаматтары болып табылмайтын жолаушыларды әуе кемесінің бортына отырғызуға жібермеуді;
2. ұшу кезінде жолаушылар мен экипажға сауалнама жүргізуді, оның ішінде толық толтырылғанын тексеруді, толық толтырылмаған жағдайларда қосымша сауалнама жүргізуді;
3. толтырылған сауалнамаларды, манифестті және әуе кемесінің бас декларациясын ұшып келетін әуежайдағы санитариялық-карантиндік пункттің маманына тез арада беруді;
4. тіркеуден өту, әуе кемесіне отырғызу және одан түсіру кезінде жолаушылар арасында қауіпсіз қашықтықты (кемінде 1 метр) және маска режимін сақтауды;
5. әуе кемесінің бортында жеке қорғаныш құралдарының (маскалар, қолғаптар), қолға арналған антисептиктердің, дезинфекциялау құралдарының болуын;
6. ұшу кезінде әуе кемесінің салонында жолаушылардың қозғалысын, сондай-ақ дәретхананың жанында жиналуын шектеуді;
7. қызметкерлерді жұмысқа жеке қорғаныш құралдары (медициналық маскалар, қолғаптар) болған кезде жіберуді;
8. дене температурасын өлшей отырып, қызметкерлерді ауысым алдындағы (ұшу алдындағы) медициналық қарап-тексеруден өткізуді;
9. тұрақты халықаралық әуе қатынастарын қалпына келтіру алдында әуе кемелеріндегі ауа баптау, желдету жүйелеріне ревизия жүргізуді және сүзгілерді ауыстыруды қамтамасыз етсін.

**8. Көліктегі тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау департаментінің басшысы:**

1. ұшып келу аймағында халықаралық жолаушылар авиарейстерімен келетін барлық адамдарға байланыссыз термометрия жүргізуді;
2. дене температурасы жоғары адамдар немесе ауру симптомдары (жөтел, ентігу, тыныс алудың қиындауы) бар адамдар анықталған жағдайда ықтимал жұқтыруға жол бермеу бойынша шараларды сақтай отырып, жолаушыны әуежай изоляторына жіберуді;
3. рейс келгеннен кейін екі сағат ішінде деректерді Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Веб-қосымшасына бере отырып, оларды сауалнамаларды тану жүйесімен өңдеуді;
4. Тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау комитетінің аумақтық департаменттеріне ұшып шыққан елден ПТР әдісімен COVID-19-ға анықтамасыз халықаралық авиарейстермен келген жолаушылар жөнінде ақпарат жіберуді қамтамасыз етсін.

**9. «Ұлттық сараптама орталығы» шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны:**

1)шетелден анықтамасыз келген Қазақстан Республикасының азаматтарын ПТР әдісімен COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарауды;

2) 2 тәуліктек аспайтын мерзімде ПТР әдісімен COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарау нәтижесін беруді қамтамасыз етсін.

**10.** **Облыстардың, Нұр-Сұлтан, Алматы және Шымкент қалаларының халықаралық әуежайларының басшылары:**

1) әрбір рейстен кейін әуе кемелерін ағымдағы профилактикалық дезинфекциялауды;

2) тіркеуден өту, әуе кемесіне отырғызу және түсіру кезінде жолаушылар арасында қауіпсіз қашықтықты (кемінде 1 метр) және маска режимін сақтауды;

3) тұрақты және чартерлік рейстердің жолаушыларын түсіруге және отырғызуға тартылған әуежай терминалдарының барлық үй-жайларын ағымдағы профилактикалық дезинфекциялауды;

4) Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің 2020 жылғы 26 маусымдағы №43-БМСд қаулысына 12-қосымшаға сәйкес әуежайлар жұмысының алгоритмін сақтауды қамтамасыз етсін.

8. «Қазақстан Республикасының халқы арасында коронавирустық инфекция ауруының алдын алу жөніндегі шараларды одан әрі күшейту туралы» Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің 2020 жылғы 26 маусымдағы №43 қаулысы осы қаулыға қосымшаға сәйкес редакцияда 44-қосымшамен толықтырылсын.

9. «Қазақстан Республикасының мемлекеттік шекарасындағы өткізу пункттерінде коронавирустық инфекция ауруының алдын алу жөніндегі шараларды одан әрі күшейту туралы» Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің 2020 жылғы 24 маусымдағы №42 қаулысының күші жойылды деп саналсын.

10. Осы қаулының орындалуын бақылауды өзіме қалдырамын.

11. Осы қаулы 2020 жылғы 6 қазанның 00 сағаттан бастап күшіне енеді.

**Қазақстан Республикасының**

**Бас мемлекеттік**

**санитариялық дәрігері Е. Қиясов**

Қазақстан Республикасының

Бас мемлекеттік

санитариялық дәрігерінің

2020 жылғы 2 қазандағы № 54 қаулысына

1-қосымша

**Қазақстан Республикасына шетелден авиарейстермен келетін адамдарға қатысты шектеу шаралары**

1. Қазақстан Республикасына шетелден авиарейстермен келетін барлық адамдар (Қазақстан Республикасының үкіметтік делегацияларын; Қазақстан Республикасы Сыртқы істер министрлігінің шақыруы бойынша Қазақстан Республикасына келетін шет мемлекеттердің және халықаралық ұйымдардың ресми делегацияларының мүшелерін; Қазақстан Республикасында аккредиттелген дипломатиялық өкілдіктердің, консулдық мекемелердің және халықаралық ұйымдар өкілдіктерінің қызметкерлерін және олардың отбасы мүшелерін; Қазақстан Республикасының аумағы арқылы транзитпен өтетін жүктердің халықаралық автомобиль тасымалдарын жүзеге асыратын адамдарды қоспағанда) термометриядан, сауалнамадан өтеді және Қазақстан Республикасының мемлекеттік шекарасын кесіп өткен кезде кем дегенде 72 сағат бұрын алынған ПТР әдісімен COVID-19-ға тесттен өткені туралы анықтаманы (бұдан әрі - Анықтама) ұсынады.

ҚР азаматтары болып табылмайтын адамдар Анықтама болмаған жағдайда кіруге жіберілмейді.

2. Дене температурасы қалыпты шектегі, анықтама берген, келген адамдарға осы қаулыға 3-қосымшаға сәйкес тиісті қолхат алына отырып, CОVID-19-дың ықтимал симптомдары туралы түсіндіру жүргізіледі, олар межелі жеріне жол жүруді жалғастырады.

3. Дене температурасы жоғары адамдар, анықтаманың болуына қарамастан, карантиндік стационарда COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарау жүргізу үшін 2 тәулікке дейін оқшаулауға жатады. COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарау нәтижелерін алғаннан кейін оң нәтижесі бар адамдар инфекциялық стационарға ауыстырылады, CОVID-19-ға теріс нәтижесі бар адамдарға осы қаулыға 4-қосымшаға сәйкес тиісті қолхат алына отырып, CОVID-19-дың ықтимал симптомдары туралы түсіндіру жүргізіледі.

4. Келген адамдарға сауалнама жүргізу осы қаулыға 2-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

5. Келген ҚР азаматтары анықтама болмаған жағдайда ПТР әдісімен COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарау үшін карантиндік стационарға 2 тәулікке оқшаулауға жатады.

COVID-19-ға зертханалық зертеп-қарау нәтижелерін алғаннан кейін COVID-19-ға теріс нәтижемен келген адамдарға осы қаулыға 3-қосымшаға сәйкес тиісті қолхат алына отырып, CОVID-19-дың ықтимал симптомдары туралы түсіндіру жүргізіледі.

COVID-19-ға оң нәтижемен келген адамдар инфекциялық стационардың карантиндік изоляторына емдеуге жатқызылады.

Қазақстан Республикасының

Бас мемлекеттік

санитариялық дәрігерінің

2020 жылғы 2 қазандағы № 54 қаулысына

2-қосымша

**COVID-19 тіркелген кезде мониторинг және тергеп-тексеру жүргізу мақсатында инфекция жұқтырған және байланыста болған адамдардың деректерін өңдеу алгоритмі**

1. COVID-19 тіркелген кезде мониторингілеу және тергеп-тексеру мақсатында инфекция жұқтырған және байланыста болған адамдарды тіркеу алдын ала жіктеуді пайдалана отырып жүргізіледі:

- әкелінген жағдайлар (авиарейстер, теміржол тасымалы, авто);

- байланыс жағдайлары (инфекция жұқтырғандардың жақын байланыстары санатынан);

- жергілікті жағдайлар (жұқтырудың анықталмаған көздері);

- профилактикалық мақсатта скрининг жүргізу шеңберінде анықталған жағдайлар.

1.1 Әкелінген жағдайларды тіркеу:

1.1.1. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау комитетінің Көліктегі тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау департаментінің санитариялық-карантиндік пункттерінің (бұдан әрі – СКП) мамандары Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің COVІD-19 Веб-қосымшасында (бұдан әрі - COVІD-19 Веб-қосымшасы) не қағаз тасығышта басқа елдерден/өңірлерден келген жолаушыларды тіркеу үшін қағаз тасығыш нысанында сауалнама жүргізеді. Сауалнаманы жолаушылар өз бетінше немесе СКП мамандарының көмегімен толтырады.

1.1.2. Басқа елдерден/өңірлерден келген жолаушыларды тіркеу үшін сауалнаманы толтырудан бас тарту ҚР заңнамасына сәйкес әкімшілік жауапкершілікке тартуға негіз болып табылады.

1.1.3. Басқа елдерден/өңірлерден келген жолаушыларды тіркеуге арналған сауалнаманы жолаушылар қағаз тасығышта толтырған кезде СКП қызметкерлері рейс/поезд/авто келгеннен кейін екі сағат ішінде мәліметтерді COVID – 19 Веб-қосымшаға көшіреді.

1.1.4. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Тауарлар мен көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қауіпсіздігін бақылау комитетінің аумақтық департаменттерінің (бұдан әрі – АД) мамандары өңірдегі COVID-19 бойынша эпидемиологиялық ахуалға мониторинг жүргізеді, атап айтқанда: 1А, 1Б, 2, 3А, 3Б, 4, 5А, 5Б, 5В, 5Г, 5Д, 5Е кестелеріне сәйкес деректер жинауды жүргізеді, сондай-ақ деректерді COVID-19 Веб-қосымшаға енгізеді.

1.1.5. Облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың қоғамдық денсаулық сақтау басқармаларының (бұдан әрі – ҚДБ) мамандары 1Б, 3Б, 4, 5Б, 5В, 5Г кестелеріне, сондай-ақ 38-қосымшаға сәйкес инфекция жұқтырғандар туралы барлық деректерді АД-ға ұсынуы, сондай-ақ 1Б, 3Б, 4, 5Б, 5В, 5Г кестелеріне, сондай-ақ осы қаулыға 39-қосымшаға сәйкес байланыста болған адамдар туралы барлық деректерді АД-ға ұсынуы қажет.

1.2. Байланыс жағдайларын тіркеу:

1.2.1. Байланыста болған адамдарды анықтау бойынша диагностикалық іс-шаралар және сұрау жүргізілгеннен кейін инфекция жұқтырған адам анықталған жағдайда инфекция жұқтырған және байланыста болған адамдар туралы деректер осы қосымшаның 1.1.4 және 1.1.5-тармақтарына сәйкес COVID-19 веб-қосымшасына «Пациентті қосу» бөліміне енгізіледі.

**Басқа елдерден/өңірлерден келген жолаушыларды тіркеу үшін САУАЛНАМА**

1. Тегі

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

1. Аты

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

1. Әкесінің аты

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

1. Туған күні

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

1. Азаматтығы

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

1. ЖСН немесе төлқұжат деректері

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

1. Жұмыс (оқу) орны

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

1. Соңғы 14 күнде сіз қандай елде болдыңыз?

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

1. Науқастармен немесе аурудың симптомдары бар адамдармен байланыста болдыңыз ба?

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| иә |  |  |  |  |  | * жоқ |  |  |

1. Тұрғылықты жері немесе болжалды тұратын жері

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

1. Байланыс телефоны

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

1. Қозғалыс маршруты

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| қайдан |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| қайда |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

1. Қолы
2. Күні

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

*Ескертпе: Сауалнама деректері Қазақстан Республикасының аумағына коронавирустық инфекцияның (COVID 19) әкелінуі мен таралуының алдын алу бойынша жүргізілетін шаралар шеңберінде тек қызметтік мақсаттарда пайдаланылады, сауалнама алынатын жолаушы ҚР заңнамасына сәйкес берген мәліметтері үшін жауапты болады.*

Chief State sanitary doctor

of the Republic of Kazakhstan

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

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

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

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 |  |  |  |  |  | * 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.*

**1-кесте**

**COVID-19 жағдайының байланыста болған адамдарының тізімі**

**COVID-19 жағдайының Т.А.Ә.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ оның сәйкестендіру нөмірі\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЖСН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Диагноз қойған күні\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Бірінші сипмтомдардың пайда болған күні (егер бар болса)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1А кесте**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Байланыста  болған  адамның  сәйкестендіру нөмірі | байланыста  болған адамнң Т.А.Ә. | Жақын байланыс | Ықтимал байланыс | Жынысы | Туған күні | ЖСН | Үйінің мекенжайы | Ұялы телефон | Байланыс болған орын:  - үй  - ауруханада  -жұмыста  - экскурсия тобы  - басқасын көрсетіңіз | Байланыс болған орын (мекенжай) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |  | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

«COVID-19 *жағдайының байланыста болған адамдарының тізімі» кестесінің**жалғасы*

**1Б кесте**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Байланыс күні | Байланыс уақыты | Байланыстың ұзақтығы (минуттар) | COVID-19 -мен ауыратын науқасқа қатынасы  - отбасы мүшесі  - дос  - медицина қызметкері  - әріптес  - басқасы\_\_\_\_\_ | Қандас туысы (егер иә болса, байланысты көрсету)  - иә  - жоқ  - нақтылау белгісіз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Байланыста болған адаммен байланыс:  - жұмыста,  - телефон арқылы  - басқшаа анықталды  (деректерді беруден жалтарады және т.б. нақтылау) | Байланыста болған адамның диагнозы:  - анықталған жоқ  - теріс  - COVID-19 -дың расталған жағдайы  - COVID-19 -дың ыөтимал жағдайы | Диагноздың күні | Байланыста болған адамды бақылауды жүзеге асыратын медициналық ұйым |
|  | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2-кесте**

**Кейіннен медициналық бақылау үшін байланыста болған адамдардың деректерін беру нысаны**

**Жауапты эпидемиологтың Т.А.Ә. және жұмыс орны**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Бақылауды жүзеге асыратын медициналық ұйым**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Хабарлама күні және уақыты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ТАӘ | Жынысы | Туған күні | ЖСН | Үйінің мекенжайы | Ұялы телефон |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**3А кесте**

|  |  |
| --- | --- |
| **COVID-19** **-бен ауыратын науқаспен байланыста болған адамды бақылау нысаны**  Деректерді жинады:  1. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Лауазымы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Жұмыс орны (ұйымның атауы, мекенжайы): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Ұялы телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Электрондық почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Байланыста болған адамның деректері  1. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Жынысы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Туған күні\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  4. ЖСН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  5. Үйінің мекенжайы (карантин орны):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Ұялы телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Электрондық почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Бақылау қадағалау күнделігі** (ауру симптомдарын көрсету)

**3Б кесте**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Күндер | Таңертең | Кешке | Күндер | Таңертең | Кешке |
| Бірінші күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Сегізінші күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Екінші күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Тоғызыншы күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Үшінші күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Оныншы күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Төртінші күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Он бірінші күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Бесінші күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Он екінші күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Алтыншы күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Он үшінші күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Жетінші күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  | Он төртінші күн  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**4-кесте**

**Үй карантині жағдайларында медициналық бақылаудағы байланыста болған адамдар туралы мәліметтер**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Бақылау жүргізген қызметкердің ТАӘ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Бақылау жүргізген қызметкердің байланыс телефоны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ұйым, лауазымы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| р/с № | Жауапты маманның сәйкестендіргіші | Байланыста болған адамды бірегей сәйкестендіргіш | Тегі | Аты | Жынысы | Жасы | Мекенжайы/ байланыс телефоны: үй телефоны, ұялы телефон | Туыстарының байланыс телефондары | Ағымдағы мәртебе  1 – бақылауда  2 – жұмыста (іздеу)  3 – ауыстырылды  4 – алып тасталды | Алып тасталған/  ауыстырылған күні |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**СOVID-19 жағдайын тіркеу журналы**

**5А кесте**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| р/с № | Жағдайды бірегей сәйкестендіргіш | Кластер /өңірдің нөмірі | Тегі Аты Әкесінің аты (бар болса) | Жынысы | Туған күні (күні/айы/жылы)  Жасы (жыл, ай) | Тұрғылықты мекенжайы | Азаматтығы | ЖСН | | Байланыс (ұялы және үй) телефоны | **Ағымдағы мәртебе:** | Жағдай мәртебесі |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  | | 10 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | Тірі ⬜ қайтыс болған⬜ | ⬜ расталған  ⬜ ықтимал  ⬜ күдікті |

**Симптомдары**

**5Б кесте**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| р/с № | Бірінші симптомның пайда болған күні | Жоғары температура >380C (қазір немесе бұрын) | Тамақтың ауыруы | Мұрын-ның бітелуі | Жөтел | Тыныс алудың қиындауы/ ентігу | Құсу | Лоқсу | Іш өту | Қосымша мәліметтер /Ескертпе |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 10 |
|  | \_\_\_\_/\_\_\_\_2020ж.  ⬜ симптомдар жоқ  ⬜ белгісіз | иә ⬜  жоқ ⬜ белгісіз ⬜ | иә ⬜  жоқ ⬜ белгісіз ⬜ | иә ⬜  жоқ ⬜ белгісіз ⬜ | иә ⬜  жоқ ⬜ белгісіз ⬜ | иә ⬜  жоқ ⬜  белгісіз ⬜ | иә ⬜  жоқ ⬜ белгісіз ⬜ | иә ⬜  жоқ ⬜ белгісіз ⬜ | иә ⬜  жоқ ⬜ белгісіз ⬜ |  |

**Үлгілерді бастапқы жинау**

**5В кесте**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| р/с № | Респираторлық үлгілерді жинаған күні | Респираторлық үлгінің типі | Сарысу алынды ма? | Басқа да биологиялық үлгілер алындыма? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 |
|  | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/2020 г. | ⬜ Мұрыннан жағынды  ⬜ Аңқадан жағынды  ⬜Мұрын-жұтқыншақтан  жағынды  ⬜ Басқасы, көрсету керек | иә ⬜ күні:\_\_\_\_\_\_\_  жоқ⬜ | иә ⬜  қандай және күнін көрсету:\_\_\_\_\_\_\_  жоқ⬜ |

**Клиникалық сипаттамасы**

**5Г кесте**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| р/с № | Емдеуге жатқызу талап етіледі | Реанимациялық бөлімшеге жатқызу талап етіледі | Жіті респираторлық дистресс-синдром | Пневмония (рентгенде немесе КТ-да) | Инфекцияның болуын болжайтын басқа да ауыр немесе өмірге қауіп төндіретін жағдай | Өкпені жасанды желдету талап етіледі | Экстракорпоралды мембраналы оксигенация (ЭМО) талап етіледі | Ескертпе |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 |  |
|  | ⬜иә ⬜ жоқ ⬜ белгісіз  Егер иә болса, стационарды көрсетіңіз | ⬜иә ⬜ жоқ ⬜ белгісіз | иә ⬜ күні:\_\_\_\_\_\_\_  жоқ ⬜ | иә ⬜ күні\_\_\_\_\_\_\_\_  жоқ ⬜  рентген/КТ жүргізілген жоқ | иә ⬜ қандай екенін көрсету керек \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  жоқ ⬜ | иә ⬜  жоқ ⬜ белгісіз ⬜ | иә ⬜  жоқ ⬜ белгісіз ⬜ |  |

**Эпидемиологиялық анамнез**

**5Д кесте**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| р/с № | Соңғы 14 күнде елдің ішінде қайда саяхатта болды? | Елдегі барған елдімекендер (облысты көрсете отырып) | Соңғы 14 күн ішінде Қазақстанның шегінен тыс саяхат | Барған елдер | Барған елдімекендер | COVID-19 инфекциясына күдікті немесе расталған біреумен байланыс болды ма? | Соңғы 14 күн ішінде көпшілік жиналысқа/іс-шараларға/концертке барды ма | Соңғы 14 күн ішінде осыған ұқсас ауруы бар адаммен жақын байланыста болды ма |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 | 1 |
|  | иә ⬜ с \_\_\_/\_\_\_\_/2020 \_\_\_/\_\_\_\_/2020 аралығында  жоқ ⬜  белгісіз ⬜ | 1.  2.  3.  .  . | иә ⬜ с \_\_\_/\_\_\_\_/2020 \_\_\_/\_\_\_\_/2020 аралығында  жоқ ⬜ |  |  | иә ⬜ қай кезеңде екенін көрсету \_\_\_\_\_\_\_\_  жоқ ⬜ белгісіз ⬜ | иә ⬜  жоқ ⬜  белгісіз ⬜ | иә ⬜  жоқ ⬜  белгісіз ⬜ |

Кестенің жалғасы

**5Е кесте**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| р/с № | Пациент соңғы 14 күннің ішінде ауруханаға барды немесе емдеуге жатқызылды | Пациент соңғы 14 күннің ішінде емханаға/ОДА-ға  ФАП-қа барды | Пациенттің айналысатын ісі |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  | иә ⬜ егер иә, онда нақтылаңыз\_\_\_\_\_\_\_  жоқ⬜  белгісіз⬜ | 1.  2.  3.  .  . | Денсаулық сақтау қызметкері ⬜  Зертхана маманы ⬜  Студент/оқушы ⬜  Басқа, нақтылаңыз⬜ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Деректерді жинады:

1. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болса)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Лауазымы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Жұмыс орны (ұйымның атауы, мекенжайы):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Жұмыс телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Ұялы телефоны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Электрондық почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Нысан толық толтырылды: ⬜ иә, толық ⬜ жоқ, ішінара
8. Толық толтырмау себебін көрсетіңіз ⬜ Байланыс үзілді ⬜ Деректерді беруден бас тарту⬜Басқасын көрсетіңіз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Қолы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Күні «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ жыл

**Ақпарат берген адам туралы ақпарат (егер ол пациент болмаса)**

1. Тегі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Аты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Әкесінің аты (бар болса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Туған күні (күні/айы/жылы)\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_
3. Жынысы: 1- ер, 2- әйел
4. Жеке сәйкестендіру нөмірі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Тұрғылықты жері (мекенжайы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Жұмыс орны, лауазымы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Пациентке кім болады \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Ұялы телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасының

Бас мемлекеттік

санитариялық дәрігерінің

2020 жылғы 2 қазандағы № 54 қаулысына

3-қосымша

**COVID-19 науқастарымен байланыста болған адамның және шетелден Қазақстан Республикасына авиарейстермен келген адамның қолхаты**

Елді мекен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 жылғы «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_

Мен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ЖСН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Т.А.Ә. (бар болған кезде)

\_\_ \_\_ \_\_\_\_ жылы ҚР ІІМ/ӘМ берген № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_төлқұжат/жеке куәлік, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мекенжайында тіркелгенмін, нақты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мекенжайында тұрамын. Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің 2020 жылғы \_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_- ПГВР қаулысымен бекітілген COVID-19 эпидемиялық тәуекелі жоғары адам ретінде қауіпсіздік шараларын сақтау бойынша міндеттемелерді өзіме қабылдаймын. Дербес деректерді өңдеуге келісім беремін.

Отбасының/үй шаруашылығының кез келген мүшесінде температурасы немесе әлсіздік белгілері пайда болған кезде карантин туралы хабардар етіп және жүгіну себебін көрсете отырып, COVID-19 бойынша колл-орталыққа дереу жүгіну немесе жедел жәрдем шақыру қажеттілігі туралы хабардар етілдім.

«Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» 2014 жылғы 5 шілдедегі Қазақстан Республикасы Кодексінің (бұдан әрі – ӘҚБтК) 462-бабының 3-бөлігіне сәйкес мемлекеттік органдардың лауазымды адамдарының өз құзыреті шегінде заңды талаптарын немесе қаулыларын орындамағаны немесе тиісінше орындамағаны үшін әкімшілік жауаптылықтың болуы туралы хабардар етілдім.

ӘҚБтК-нің 462-бабының 1-бөлігінде көзделген әкімшілік жауапкершіліктің болуы туралы, мемлекеттік инспекциялар мен мемлекеттік бақылау және қадағалау органдарының лауазымды адамдарына өздерінің құзыретіне сәйкес қызметтік міндеттерін орындауы үшін қажетті құжаттарды, материалдарды, статистикалық және өзге де мәліметтерді, ақпаратты беруден бас тарту не дәйексіз ақпарат беруден бас тарту түріндегі кедергі келтіруге тыйым салу туралы хабардар етілдім.

Сондай-ақ, 2014 жылғы 3 шілдедегі Қазақстан Республикасы Қылмыстық кодексінің 380-бабына сәйкес билік өкіліне қатысты зорлық-зомбылықты қолданғаны үшін қылмыстық жауаптылықтың бар екендігі туралы хабардар етілдім.

Күні:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Қолы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасының

Бас мемлекеттік

санитариялық дәрігерінің

2020 жылғы 2 қазандағы № 54 қаулысына

4-қосымша

**Басқа елдерден/өңірлерден келген жүргізушілерді (жүк тасымалдаушыларды) тіркеуге арналған САУАЛНАМА**

1. **Тегі**

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

1. **Аты**

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

1. **Әкесінің аты**

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

1. **Туған күні**

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

1. **Азаматтығы**

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

1. **ЖСН немесе төлқұжат деректері (жеке басын куәландыратын құжатқа сәйкес)**

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

1. **Жұмыс орны**

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

1. **Соңғы 14 күнде қандай елде болдыңыз (елді мекеннің атауы)**

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

1. **Науқастармен немесе ауру белгілері бар адамдармен байланыс болды ма**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **иә** |  |  |  |  |  | **жоқ** |  |  |

**10. Анықтаманы берген ұйымның күні мен атауын көрсете отырып, тексерілгенін растайтын анықтаманың болуы.**

**Дата обследования**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **иә** |  |  |  |  |  | **жоқ** |  |  |

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

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

**Ұйымның аты:**

**11. Тұрғылықты жері немесе болжамды тұратын жері (толық мекен-жайын көрсете отырып)**

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

**12. Байланысатын телефондары Телефонды тексеру (қоңырау шалу)**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **иә** |  |  |  |  |  | **жоқ** |  |  |

**13.** **Машина маркасы және машина нөмірі**

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

**14. Қозғалыс маршруты**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Жүктің аты** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Шығатын пункт (ұйымның мекенжайы)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Жеткізу пункті (ұйымның мекенжайы)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Жеткізу күні мен уақыты** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**15. Қолы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**16. Күні Кіретін уақыты**

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

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

***Ескертпе: Сауалнама деректері ҚР аумағында коронавирустық инфекцияның (COVID 19) әкелінуі мен таралуының алдын алу бойынша жүргізілетін шаралар шеңберінде тек қызметтік мақсатта пайдаланылатын болады, сауалнама алынатын жолаушы ұсынылған мәліметтер үшін ҚР заңнамасына сәйкес жауапты болады.***

**Қазақстан Республикасының Мемлекеттік шекарасы арқылы өткізу пункттері арқылы теміржол, теңіз, өзен көлігінде және автоөтпе жолдарында келген адамдар үшін қолхат**

Елді мекен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 жылғы «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_

Мен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ЖСН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Т.А.Ә. (бар болған кезде)

\_\_ \_\_ \_\_\_\_ жылы ҚР ІІМ/ӘМ берген № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_төлқұжат/жеке куәлік, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мекенжайында тіркелгенмін, нақты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мекенжайында тұрамын. Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің 2020 жылғы \_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_- ПГВР қаулысымен бекітілген COVID-19 эпидемиялық тәуекелі жоғары адам ретінде қауіпсіздік шараларын сақтау бойынша міндеттемелерді өзіме қабылдаймын. Дербес деректерді өңдеуге келісім беремін.

Сауалнамада көрсетілген, оның ішінде межелі жерге дейінгі жол жүру маршруты жөніндегі ақпараттың дұрыстығын растаймын. Жол жүру маршрутының өзгеруі және дұрыс емес ақпарат бергенім үшін жауапкершілік туралы хабардар етілдім.

Температура немесе әлсіздік белгілері пайда болған кезде шет елден келгенім туралы хабардар етіп және жүгіну себебін көрсете отырып, COVID-19 бойынша колл-орталыққа дереу жүгіну немесе жедел жәрдем шақыру қажеттілігі туралы хабардар етілдім.

«Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» 2014 жылғы 5 шілдедегі Қазақстан Республикасы Кодексінің (бұдан әрі – ӘҚБтК) 462-бабының 3-бөлігіне сәйкес мемлекеттік органдардың лауазымды адамдарының өз құзыреті шегінде заңды талаптарын немесе қаулыларын орындамағаны немесе тиісінше орындамағаны үшін әкімшілік жауаптылықтың болуы туралы хабардар етілдім.

ӘҚБтК-нің 462-бабының 1-бөлігінде көзделген әкімшілік жауапкершіліктің болуы туралы, мемлекеттік инспекциялар мен мемлекеттік бақылау және қадағалау органдарының лауазымды адамдарына өздерінің құзыретіне сәйкес қызметтік міндеттерін орындауы үшін қажетті құжаттарды, материалдарды, статистикалық және өзге де мәліметтерді, ақпаратты беруден бас тарту не дәйексіз ақпарат беруден бас тарту түріндегі кедергі келтіруге тыйым салу туралы хабардар етілдім.

Сондай-ақ, 2014 жылғы 3 шілдедегі Қазақстан Республикасы Қылмыстық кодексінің 380-бабына сәйкес билік өкіліне қатысты зорлық-зомбылықты қолданғаны үшін қылмыстық жауаптылықтың бар екендігі туралы хабардар етілдім.

Күні:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Қолы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасының

Бас мемлекеттік

санитариялық дәрігерінің

2020 жылғы 2 қазандағы № 54 қаулысына

5-қосымша

Қазақстан Республикасының Мемлекеттік шекарасы арқылы өткізу пункттері арқылы теміржол, теңіз, өзен көлігінде және автоөтпе жолдарында келген, **COVID-19-ға зерттеп-қарау нәтижесі оң** адамдар үшін қолхат

Елді мекен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 жылғы «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_

Мен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ЖСН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Т.А.Ә. (бар болған кезде)

\_\_ \_\_ \_\_\_\_ жылы ҚР ІІМ/ӘМ берген № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_төлқұжат/жеке куәлік, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мекенжайында тіркелгенмін, нақты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мекенжайында тұрамын. Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің 2020 жылғы \_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_- ПГВР қаулысымен бекітілген COVID-19 эпидемиялық тәуекелі жоғары адам ретінде қауіпсіздік шараларын сақтау бойынша міндеттемелерді өзіме қабылдаймын. Дербес деректерді өңдеуге келісім беремін.

Температура немесе әлсіздік белгілері пайда болған кезде карантин туралы хабардар етіп және жүгіну себебін көрсете отырып, COVID-19 бойынша колл-орталыққа дереу жүгіну немесе жедел жәрдем шақыру қажеттілігі туралы хабардар етілдім.

Зерттеп-қараудың оң нәтижесі туралы, межелі жерге келгеннен кейін МСАК ұйымына жүгіну және COVID-19-ға зерттеп-қараудың оң нәтижесі туралы хабарлау қажеттілігі туралы хабардар етілдім.

Сауалнамада көрсетілген, оның ішінде межелі жерге дейінгі жол жүру маршруты жөніндегі ақпараттың дұрыстығын растаймын. Жол жүру маршрутының өзгеруі және дұрыс емес ақпарат бергенім үшін жауапкершілік туралы хабардар етілдім.

«Әкімшілік құқық бұзушылық туралы» 2014 жылғы 5 шілдедегі Қазақстан Республикасы Кодексінің (бұдан әрі – ӘҚБтК) 462-бабының 3-бөлігіне сәйкес мемлекеттік органдардың лауазымды адамдарының өз құзыреті шегінде заңды талаптарын немесе қаулыларын орындамағаны немесе тиісінше орындамағаны үшін әкімшілік жауаптылықтың болуы туралы хабардар етілдім.

ӘҚБтК-нің 462-бабының 1-бөлігінде көзделген әкімшілік жауапкершіліктің болуы туралы, мемлекеттік инспекциялар мен мемлекеттік бақылау және қадағалау органдарының лауазымды адамдарына өздерінің құзыретіне сәйкес қызметтік міндеттерін орындауы үшін қажетті құжаттарды, материалдарды, статистикалық және өзге де мәліметтерді, ақпаратты беруден бас тарту не дәйексіз ақпарат беруден бас тарту түріндегі кедергі келтіруге тыйым салу туралы хабардар етілдім.

Сондай-ақ, 2014 жылғы 3 шілдедегі Қазақстан Республикасы Қылмыстық кодексінің 380-бабына сәйкес билік өкіліне қатысты зорлық-зомбылықты қолданғаны үшін қылмыстық жауаптылықтың бар екендігі туралы хабардар етілдім.

Күні:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Қолы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Қазақстан Республикасының

Бас мемлекеттік

санитариялық дәрігерінің

2020 жылғы 2 қазандағы № 54 қаулысына

6-қосымша

**Қазақстан Республикасының Мемлекеттік шекарасы арқылы теміржол, теңіз, өзен көлігінде және автоөтпе жолдарында өткізу пункттеріндегі шектеу шаралары**

1. Қазақстан Республикасына Мемлекеттік шекарасы арқылы өткізу пункттерінен теміржол, теңіз, өзен көлігінде және автоөтпе жолдарында келген барлық адамдар (бұдан әрі – келген адамдар) (Қазақстан Республикасының үкіметтік делегацияларын; Қазақстан Республикасы Сыртқы істер министрлігінің шақыруы бойынша Қазақстан Республикасына келетін шет мемлекеттердің және халықаралық ұйымдардың ресми делегацияларының мүшелерін; Қазақстан Республикасында аккредиттелген дипломатиялық өкілдіктердің, консулдық мекемелердің және халықаралық ұйымдар өкілдіктерінің қызметкерлері мен олардың отбасы мүшелерін; Қазақстан Республикасының аумағы арқылы транзитпен өтетін жүктердің халықаралық автомобиль тасымалдарын жүзеге асыратын адамдарды қоспағанда) термометриядан, сауалнамадан өтеді және Қазақстан Республикасының мемлекеттік шекарасын кесіп өткен кезде кем дегенде 72 сағат бұрын алынған ПТР әдісімен COVID-19-ға тесттен өткені туралы анықтаманы (бұдан әрі - Анықтама) ұсынады.

ҚР азаматтары болып табылмайтын адамдар Анықтама болмаған жағдайда кіруге жіберілмейді.

2. Анықтама ұсынған, дене температурасы қалыпты шектегі келген адамдарға осы қаулыға 4-қосымшаға сәйкес тиісті қолхат алына отырып, COVID-19-дың ықтимал симптомдары туралы түсіндіру жүргізіледі, олар межелі жеріне дейін жол жүруді жалғастырады.

Анықтаманың болуына қарамастан, дене температурасы жоғары келген адамдар COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарау жүргізу үшін 2 тәулікке дейін карантиндік стационарда оқшаулауға жатады. COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қараудың нәтижелерін алғаннан кейін оң нәтижесі бар адамдар инфекциялық стационарға ауыстырылады, COVID-19-ға теріс нәтижесі бар адамдарға осы қаулыға 4-қосымшаға сәйкес тиісті қолхат алына отырып, COVID-19-дың ықтимал симптомдары туралы түсіндіру жүргізіледі.

3. Келген адамдарға сауалнама жүргізу осы қаулыға 2-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

4. Келген ҚР азаматтары Анықтама болмаған жағдайда ПТР әдісімен COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарау үшін 2 тәулікке карантиндік стационарға оқшаулауға жатады. COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарауға материал алуды медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі - МСАК) маманы жүзеге асырады.

COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарау нәтижелерін алғаннан кейін теріс нәтижемен келген адамдарға осы қаулыға 4-қосымшаға сәйкес тиісті қолхат алына отырып, COVID-19-дың ықтимал симптомдары туралы түсіндіру жүргізіледі.

Мемлекеттік шекараны кесіп өту пункті (автоөтпе) орналасқан өңірден (облыстан) тыс жерлерге шықпайтын, COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қараудың оң нәтижесімен келген адамдар межелі жерге келгеннен кейін МСАК ұйымына жүгіну және осы қаулыға 5-қосымшаға сәйкес COVID-19-ға зерттеп-қараудың оң нәтижесі туралы хабардар ету қажеттігі туралы қолхатқа қол қояды және сауалнамада көрсетілген межелі жерге жол жүруді жалғастырады. Мемлекеттік шекарадағы СКП-ға іссапарға жіберілген ТКҚСҚБД маманы COVID-19-ға оң нәтиже туралы ақпаратты ТКҚСҚБД және ДСБ-ға береді. ДСБ межелі жерге келген адамды медициналық қарап-тексеруді қамтамасыз етеді, CОVID-19 белгілері болған кезде оны инфекциялық стационарға емдеуге жатқызуға жібереді, COVID-19 белгілері болмаған кезде іс-шаралар симптомсыз вирус тасымалдаущылық кезіндегі сияқты жүргізіледі.

ҚР мемлекеттік шекарасын кесіп өткеннен кейін мемлекеттік шекараны кесіп өту пункті (автоөтпе) орналасқан өңірден (облыстан) тыс жерлерге шығатын, яғни республиканың басқа өңірлеріне жол жүретін, COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қараудың оң нәтижесі бар адамдар инфекциялық стационардың карантиндік стационарына жатқызылады.

Қазақстан Республикасының

Бас мемлекеттік

санитариялық дәрігерінің

2020 жылғы 2 қазандағы № 54 қаулысына

7-қосымша

«Қазақстан Республикасының

Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің

2020 жылғы 26 маусымдағы

№ 43 қаулысына

44-қосымша

**COVID-19 науқастарымен байланыста болған адамдарды оқшаулауға арналған карантиндік стационарларға қойылатын талаптар**

1. Объекті қажет болған жағдайда COVID-19 науқастарымен байланыста болған адамдарды оқшаулау үшін арнайы бейімделген оқшауланған үй-жайларда (санаторий, оңалту орталығы, жатақхана, қонақүй, балалар және спорт лагерлері және т.б.) орналасуы тиіс.
2. Объекті жеке тұрған ғимаратта, қала шегінде және тұрғын үй массиві мен стратегиялық ғимараттардан алыс орналасады.
3. Карантиндік стационар байланыста болғандардың, келушілердің, көліктің кіруін/шығуын, заттарды, азық-түліктерді кіргізу/шығаруды және т. б. қатаң бақылау үшін полиция жасақтарының тәулік бойғы күзетімен қамтамасыз етіледі. Полиция жасақтары жеке қорғаныш құралдарымен қамтамасыз етіледі және жұмыс істейді.
4. Объекті санитариялық-эпидемиологиялық талаптарға сәйкес болуы, қоршауы, жеке кіретін жолдары және өткізу пункті болуы тиіс.
5. Кіру/шығу кезінде дезинфекциялық тосқауыл, аумақта - көлікті жуу және дезинфекциялау пункті ұйымдастырылады.
6. Объекті ғимаратының табиғи желдеткіші болуы тиіс.
7. Автомашиналардың келу маршрутын, ғимарат ішінде маршруттауды, кездесу және пациенттерді палаталар бойынша орналастыруды, болу тәртібі мен шарттары туралы хабардар етуді пысықтау қажет (ақпараттық парақтың нысаны қоса беріледі).
8. Ғимаратқа кіреберісте COVID-19-ға күдікті адамдарды қабылдауға арналған жеке кабинет (холл), үстелдер, орындықтар, кушеткалар, сканері бар компьютерлік техника, интернет пен телефон байланысы міндетті түрде қосылған болуы тиіс.
9. Палаталар (бөлмелер) жарықтандырылған, жақсы желдетілетін, жылы, 1-2 пациентке есептелген, әрбір палатада (бөлмеде) санитариялық торап және ағынды суы бар раковина болуы, бұл ретте балаларға арналған жатын орындар (кереуеттерде ернеулер) көзделуі тиіс.
10. Мыналарды көздеу қажет:
11. келетін адамдардың заттарын санитариялық өңдеуге арналған жеке бөлме және зарарсыздандырылған заттарды сақтауға арналған жеке бөлме;
12. консультациялық сипаттағы қоңырауларды қабылдау үшін байланыс құралдарымен жабдықталған Call-орталығының болуы;
13. әрбір палатада санитариялық тораптардың, сондай-ақ себезгі кабиналарының немесе ыстық және суық суы бар раковиналардың болуы;
14. палаталарда (бөлмелерде) таратушы асүй бар және тамақтандыру ұйымдастырылатын асхана;
15. қызметкерлердің қажетті саны – бейінді дәрігерлер, мейіргерлер, зертханашылар, госпитальдық эпидемиологтар, тіркеушілер, психологтар, әлеуметтік қызметкерлер, кіші медицина персоналы (50 бақыланушыға дейін – 1 дәрігер, 1 мейіргер, 2 санитар).
16. осы қаулыға 3-қосымшаға сәйкес жеке қорғаныш құралдары, дезинфекциялау құралдарының, жеке гигиена құралдарының (сабын, қағаз сүлгілер), бір рет қолданылатын маскалардың, төсек-орын жабдықтарының жеткілікті саны;
17. дәрілік заттар мен ММБ-ның қажетті қоры (спиртті қалта антисептиктері, градусниктер және т. б.);
18. келушілердің сауалнамалық деректерін толтыруға арналған нысандар.

10. Әр қызметкермен санитариялық-эпидемиологиялық қағидаларды, гигиенаны, құпиялылықты, әдепті және деонтологияны сақтау бойынша нұсқама өткізу. Диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес COVID-19-ға күдікті адамдарды бақылау және жүргізу ерекшеліктері бойынша қызметкерлерге нұсқама беруді қамтамасыз ету.

11. Келген адамдарды зерттеп-қарау жүргізуге арналған ақпараттық келісім парағымен, олардың санитариялық-эпидемиологиялық қағидаларды сақтауын, смартфондар мен жеке заттарын санитариялық және гигиеналық өңдеуге уақытша алып қоюды қамтамасыз ету.

12. Келушілердің жеке заттарын өңдеуді қамтамасыз ету бойынша жауапты қызметкерді анықтау.

13. Емдеуге жатқызу кезінде келген адамдарды тұрғылықты жері бойынша одан әрі амбулаториялық бақылау үшін БХТ бойынша сәйкестендіру қажет.».

**Согласовано**

02.10.2020 17:49 Есмагамбетова Айжан Серикбаевна

02.10.2020 17:50 Кожапова Роза Абзаловна

**Подписано**

02.10.2020 17:54 Киясов Ерлан Ансаганович