№ 01-1-21/4873-вн от 23.10.2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Қазақстан Республикасы** |   **денсаулық сақтау министрлігі**  **БАС МЕМЛЕКЕТТІК САНИТАРИЯЛЫҚ ДӘРІГЕРІ** |  | **Министерство**  **здравоохранения**  **Республики Казахстан**  **ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ** |

**ҚАУЛЫСЫ ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

**2020 жылғы 23 қазан\_\_ № 59**

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

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

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі Кодексінің 104-бабының 1-тармақшасына сәйкес Қазақстан Республикасының халқы арасында COVID-19 коронавирустық инфекциясының (бұдан әрі – COVID-19) таралуының алдын алу мақсатында **ҚАУЛЫ ЕТЕМІН:**

**1. Облыстардың, Алматы, Нұр-Сұлтан, Шымкент қалаларының әкімдері, денсаулық сақтау басқармаларының басшылары, орталық мемлекеттік органдар, көліктегі Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау департаменті:**

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

оларды ертіп жүретін адамдарда ПТР әдісімен COVID-19-ға тесттен өткені туралы анықтама (бұдан әрі - Анықтама) болған кезде 5 жасқа дейінгі балаларды, 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; авиакомпаниялар экипаждарын қоспағанда қоспағанда, Қазақстан Республикасының Мемлекеттік шекарасын кесіп өткен барлық келетіндер кем дегенде 3 тәулік бұрын алынған анықтаманы ұсыну қажет.

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; авиакомпаниялар экипаждарын қоспағанда, Қазақстан Республикасына шетелден **халықаралық жолаушылар** авиарейстерімен келген адамдарға қатысты шектеу шаралары осы қаулыға 1-қосымшаға сәйкес жүргізіледі;

халықаралық транзитпен жүретін жолаушылар транзиттік аймақтан шықпайды және соңғы межелі пунктте шектеу шараларын жүргізуге жатады;

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 Қазақстан Республикасының 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; тиісті санаттағы жүргізуші куәліктері болған жағдайда Қазақстан Республикасының аумағы бойынша екі жақты және транзиттік қатынаста халықаралық жүк тасымалдарын жүзеге асыратын жүргізушілерді (бір жүк көлік құралына 2 жүргізушіден артық емес) және ауыл шаруашылығы қызметін жүзеге асыратынын растайтын құжаттарды (Қазақстан Республикасы Ауыл шаруашылығы министрлігі бекіткен құжаттар тізбесі мен үлгілеріне сәйкес) ұсынған жағдайда ауыл шаруашылығы қызметін жүзеге асыратын жүк иелерін; локомотив бригадаларының мүшелерін; теміржол, теңіз және өзен көлігіндегі тасымалдау қызметімен байланысты адамдарды қоспағанда, Қазақстан Республикасына Қазақстан Республикасының Мемлекеттік шекарасы арқылы өткізу пункттерінен теміржол, теңіз, өзен көлігінде және автоөтпе жолдарында келетін адамдарға қатысты шектеу шаралары осы қаулыға 6-қосымшаға сәйкес жүргізіледі;

Қазақстан Республикасының аумағы арқылы транзитпен өтетін халықаралық жүк тасымалдарын жүзеге асыратын жүргізушілер осы қаулыға 4-қосымшаға сәйкес термометриядан және сауалнама алудан өтеді;

тиісті санаттағы жүргізуші куәліктері болған жағдайда Қазақстан Республикасының аумағы бойынша екі жақты және транзиттік қатынаста халықаралық жүк тасымалдарын жүзеге асыратын жүргізушілер (бір жүк көлік құралына 2 жүргізушіден артық емес) және ауыл шаруашылығы қызметін жүзеге асыратынын растайтын құжаттарды (Қазақстан Республикасы Ауыл шаруашылығы министрлігі бекіткен құжаттар тізбесі мен үлгілеріне сәйкес) ұсынған жағдайда ауыл шаруашылығы қызметін жүзеге асыратын жүк иелері; теміржол, теңіз және өзен көлігіндегі тасымалдау қызметімен байланысты адамдар осы қаулыға 4-қосымшаға сәйкес термометриядан және сауалнама алудан және ПТР әдісімен COVID-19-ға зерттеп-қараудан өтеді. ПТР әдісімен COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қарауға материал алынғаннан кейін межелі жеріне дейін маршрут бойынша жол жүруді жалғастырады. Келген адамнан COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қараудың оң нәтижесі алынған жағдайда мемлекеттік шекарадағы санитариялық-карантиндік пунктке іссапарға жіберілген санитариялық-эпидемиологиялық қызмет маманы COVID-19-ға оң нәтиже туралы ақпаратты сауалнамада көрсетілген маршрут парағына сәйкес қазіргі уақытта келген адам аумағында орналасқан облыстық Санитариялық-эпидемиологиялық қызмет департаментіне береді. Қазіргі уақытта келген адам аумағында орналасқан санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің маманы денсаулық сақтау басқармасына (бұдан әрі – ДСБ) және келген адамға COVID-19-ға зертханалық зерттеп-қараудың оң нәтижесі туралы хабарлайды. ДСБ келген адамды медициналық қарап-тексеруді қамтамасыз етеді, CОVID-19 белгілері болған жағдайда оны инфекциялық стационарға жатқызу қажеттілігі туралы шешім қабылдайды. COVID-19 белгілері болмаған жағдайда оған COVID-19 ықтимал симптомдары туралы және межелі жерге келгеннен кейін МСАК ұйымына жүгіну және COVID-19-ға зерттеп-қараудың оң нәтижесі туралы хабардар ету қажет екенін түсіндіреді. ДСБ осы қаулыға 5-қосымшаға сәйкес тиісті қолхат алады. Санитариялық-эпидемиологиялық қызмет департаменті және ДСБ келген адамның межелі жеріндегі ДСБ-ға COVID-19-ға зерттеп-қараудың оң нәтижесі бар адамның жол жүргені туралы хабарлайды;

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

**1-1. Облыстардың, Алматы, Нұр-Сұлтан, Шымкент қалаларының әкімдері, денсаулық сақтау басқармаларының басшылары** Қазақстан Республикасының аумағы бойынша екі жақты және транзитпен қатынайтын халықаралық жүк тасымалдарын жүзеге асыратын жүргізушілер үшін тамақтануға және демалуға арналған тұрақ орындарын белгілесін. Аталған тұрақтарды қалалар мен аудан орталықтарының аумағында орналастыруға жол берілмейді.

**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. Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау комитетінің Көліктегі Санитариялық-эпидемиологиялық 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 Санитариялық-эпидемиологиялық 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 тәуліктен 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 23 қазандағы №57 қаулысына сәйкес әуежайлар жұмысының алгоритмін сақтауды қамтамасыз етсін.

11 «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 2 қазандағы №54 және 2020 жылғы 5 қазандағы № 55 «Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің 2020 жылғы 2 қазандағы № 54 қаулысына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы» қаулыларының күші жойылды деп саналсын.

12. Осы қаулының орындалуын бақылауды өзіме қалдырамын.

13. Осы қаулы 2020 жылғы 27 қазанда 00 сағатта күшіне енеді.

**Қазақстан Республикасының**

**Бас мемлекеттік**

**санитариялық дәрігері Е. Қиясов**

Қазақстан Республикасының

Бас мемлекеттік

санитариялық дәрігерінің

2020 жылғы 23 қазандағы № 59 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 міндетті түрде Қазақстан Республикасының мемлекеттік шекарасын кесіп өткен кезде кем дегенде 5 тәулік бұрын алынған ПТР әдісімен COVID-19-ға тесттен өткені туралы анықтаманы (бұдан әрі - Анықтама) ұсынады. Алып жүретін адамдарда Анықтама болған жағдайда 5 жасқа дейінгі балаларға Анықтама ұсынылмайды.

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, инфекциялық стационарда оқшаулауға жатады.

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

5. Келген ҚР азаматтары, Қазақстан Республикасының аумағында тұруға ықтиярхаты бар адамдар 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 23 қазандағы № 59 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 23 қазандағы № 59 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНСТРУКЦИЯ**

**для водителей, осуществляющих международные грузовые перевозки в двустороннем**

**и транзитом сообщении по территории Республики Казахстан**

**ҚҰРМЕТТІ ЖҮРГІЗУШІ!**

Санитариялық шаралардың күшеюіне байланысты, келесі нұсқауларды орындауыңызды өтінеміз.

1. Қосымшаға сәйкес, ұсынылған тұрақ, техникалық қызмет көрсету, демалыс орындары мен тамақтануды қоспағанда, қозғалыс маршрутында елді мекендерге кіруге және тоқтауға жол бермеңіз.
2. Объектілерге кіру және шығу кезінде зарарсыздандыру құралдарын қолданыңыз.

3. Объектілерге (қонақ үйлерге, отельдерге) барғанда жеке қорғаныс құралдарын (медициналық маскалар) қолданыңыз. Медициналық маскалар кем дегенде 3 сағатта бір рет ауыстырылады. Бір реттік масканы қайта қолдануға жол бермеңіз.  
4. Объектілергебарған кезде кем дегенде 2 метрлік адамдар арасындағы әлеуметтік арақашықтықты сақтаңыз.

5. Санитариялық-тұрмыстық бөлмелерге барғаннан кейін жеке гигиена ережелерін сақтаңыз.

6. Денсаулығыңыз нашарлаған жағдайда медициналық көмекке жүгініңіз.

7. Қажет болса, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ облысы бойынша жол полициясының жедел орталығына мына: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_телефондар арқылы хабарласыңыз**.**

8. Ұсынылған орындарда, хаттамаға сәйкес, күшейтілген санитариялық қауіпсіздік шаралары жүзеге асырылады.

**УВАЖАЕМЫЙ ВОДИТЕЛЬ!**

В связи с усилением санитарных мер, убедительная просьба придерживаться следующей инструкции.

1. По маршруту движения не допускать заезда и остановок в населённые пункты, за исключением рекомендуемых стоянок, технического обслуживания, мест отдыха и питания, согласно приложения.
2. На входе и выходе на объекты использовать санитайзеры.
3. Использовать средства индивидуальной защиты (медицинские маски) при посещении объектов (гостиниц, отелей). Смена медицинских масок проводится не реже 1 раза в 3 часа. Исключить повторное использование одноразовых масок.
4. Соблюдение социальной дистанции между людьми при посещении объектов не менее 2 метров.
5. Соблюдать правила личной гигиены после посещения санитарных узлов.
6. В случае ухудшения состояния здоровья обратиться за медицинской помощью.
7. При необходимости обращаться в оперативный центр дорожной полиции по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ области по телефонам: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**
8. В рекомендованных местах, согласно протоколу, будет осуществляться усиленные меры санитарной безопасности.

**DEAR DRIVER!**

Due to the strengthening of sanitary measures, please follow the following instructions.

1. On the route, do not allow entry and stops in settlements, with the exception of recommended parking, maintenance, places of rest and food, according to the application.

2. Use sanitizers at the entrance and exit of objects.

3. Use personal protective equipment (medical masks) when visiting facilities (hotels, hostels). Medical masks are changed at least once every 3 hours. Eliminate the reuse of medical masks.

4. Compliance of social distance between people when visiting objects of at least 2 meters.

5. Follow the rules of personal hygiene after visiting sanitary facilities.

6. Seek medical attention if your health condition worsens.

7. If necessary, contact the operational center of the traffic police in the \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ region by phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**.**

8. In the recommended places, according to the Protocol, enhanced sanitary safety measures will be implemented

Қазақстан Республикасының

Бас мемлекеттік

санитариялық дәрігерінің

2020 жылғы 23 қазандағы № 59 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 23 қазандағы № 59 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 міндетті түрде кем дегенде 5 тәулік бұрын алынған ПТР әдісімен COVID-19-ға тесттен өткені туралы анықтаманы (бұдан әрі - Анықтама) ұсынады. Алып жүретін адамдарда Анықтама болған жағдайда 5 жасқа дейінгі балаларға Анықтама ұсынылмайды.

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 инфекциялық стационарда оқшаулауға жатады.

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

4. Келген ҚР азаматтары, Қазақстан Республикасының аумағында тұруға ықтиярхаты бар адамдар 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 қажеттілігі туралы қолхатқа қол қояды және сауалнамада көрсетілген межелі жерге жол жүруді жалғастырады. Мемлекеттік шекарадағы СКП-ға іссапарға жіберілген СЭБД маманы COVID-19-ға оң нәтиже туралы ақпаратты СЭБД және ДСБ-ға береді. ДСБ межелі жерге келген адамды медициналық қарап-тексеруді қамтамасыз етеді, CОVID-19 белгілері болған кезде оны инфекциялық стационарға емдеуге жатқызу қажеттілігі туралы шешемі қабылдайды, COVID-19 белгілері болмаған кезде іс-шаралар симптомсыз вирус тасымалдаушылық 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.