

Анкета пациента (оборотная сторона)

Информация о персональных данных пациента указана на лицевой стороне

	НЕТ	ДА
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?		
Болели ли Вы COVID 19? (если да, то когда)		
Последние 14 дней отмечались ли у Вас:		
- повышение температуры		
- боль в горле		
- потеря обоняния		
- насморк		
- потеря вкуса		
- кашель		
- затруднение дыхания		

Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19

1.	Дата осмотра	
2.	Температура тела	
3.	Общее состояние	(Не)удовлетворительное
4.	ЧДД, ЧСС, АД, Сатурация	
5.	Сердце (нужное подчеркнуть)	Тоны: ясные, приглушены, глухие. Ритм: правильный, аритмичный
6.	Лёгкие (нужное подчеркнуть)	Дыхание везикулярное, жёсткое. Хрипы: нет (сухие рассеянные, влажные, крецитирующие)
7.	Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть)	ДА, НЕТ
8.	Болезнь COVID-19? (нужное подчеркнуть)	ДА, НЕТ
9.	Прививка от гриппа? Пневмококка? (нужное подчеркнуть) Реакция на предыдущие вакцины (описать)	ДА, НЕТ

Делали ли Вы прививку от гриппа/ пневмококка или другие прививки? Если «да» указать дату ___/___/___		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания? Указать какие _____		
Сокращенно, например: ГБ — гипертоническая болезнь СД — сахарный диабет ПБС — ишемическая болезнь сердца		
Для женщин: Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		

Дата заполнения _____

Подпись пациента: _____

10.	Аллергические реакции (нужное подчеркнуть)	НЕТ, ДА (описать какие)
11.	Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз): - бронхолёгочной системы - сердечно-сосудистой системы - эндокринной системы - онкологические заболевания - болезнь, вызванная ВИЧ - туберкулёз	
12.	Иные	
13.	Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации: Препарат Лекарственная форма Дозировка Суточная доза Продолжительность приёма (в днях)	
14.	Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты?	ДА, НЕТ

Заключение: Противопоказаний для проведения
вакцинации от COVID-19 на момент осмотра не выявлено

Врач _____
Ф.И.О. _____ подпись