

**Анкета пациента на проведение вакцинации против коронавирусной инфекции(COVID-19), вызываемой вирусом SARS-CoV-2.**

**ФИО** \_\_\_\_\_

	ДА	НЕТ
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)		
<b>Последние 14 дней отмечались ли у Вас:</b>		
• Повышение температуры		
• Боль в горле		
• Потеря обоняния		
• Насморк		
• Потеря вкуса		
• Кашель		
• Затруднение дыхания		
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 ИБС –ишемическая болезнь сердца		
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней		
Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		
<b>Для женщин</b>		
<b>Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?</b>		
<b>Кормите ли Вы в настоящее время грудью?</b>		

Дата \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_