**Анкета пациента (оборотная сторона)**

Информация о персональных данных пациента указана на лицевой стороне

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата рождения |  | |
|  | 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 |  |  |
| 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 |  |  |
| **Для женщин** |  |  |
| **Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?** |  |  |
| **Кормите ли Вы в настоящее время грудью?** |  |  |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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. | Легкие (нужное подчеркнуть) | Дыхание: везукулярное, жесткое  Хрипы: нет (сухие, рассеянные, влажные, крепитирующие) | | | |
| 7. | Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть) | Да, нет | | | |
| 8. | Болел COVID-19 (нужное подчеркнуть) | Да, нет | | | |
| 9. | Прививка от гриппа?/Пневмококка? (нужное подчеркнуть)  Реакция на предыдущие вакцины (описать) | Да, нет | | | |
| 10. | Аллергические реакции (нужное подчеркнуть) | Нет  Да (описать какие) | | | |
| 11. | **Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):**  - бронхолегочной системы  - сердечнососудистой системы  - эндокринной системы  - онкологические заболевания  - болезнь, вызванная ВИЧ  - туберкулез |  | | | |
| 12. | Иные |  | | | |
| 13. | Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации  Препарат  Лекарственная форма  Дозировка  Суточная доза  Продолжительность приема (в днях) |  | | | |
| 14. | Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты? | Да, нет | | | |

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

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО подпись