**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 болезньСД – сахарный диабетИБС – 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, жесткоеХрипы: 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) | НетДа (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 иммунизацииПрепаратЛекарственная формаДозировкаСуточная дозаПродолжительность 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