|  |  |
| --- | --- |
| **Анкета пациента перед вакцинацией против COVID-19.** | |
|  |  |
| ФИО: |  |
| Дата рождения: |  |
| Страховой медицинский полис: |  |
| Контактный телефон: |  |
| Серия и номер |  |
| Паспортные данные: |  |
| Дата выдачи: |  |
| Кем выдан: |  |
| Адрес: |  |
| Населенный пункт: |  |
| Улица: |  |
| Дом: |  |
| Квартира: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вопросы (указать галочкой правильный ответ в поле «нет» или «да»):** | **Нет** | **Да** | **Примечания** |
| Болеете ли Вы сейчас? |  |  |  |
| Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в течение последних 14 дней? (Если "да", то указать в поле «примечания» дату контакта) |  |  |  |
| Болели ли Вы COVID-19? (если да, то указать в поле «примечания» дату выявления и дату выздоровления) |  |  |  |
| В течение последних 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, то указать в поле «примечания» название и дату прививки) |  |  |  |
| Были ли у Вас аллергические реакции? |  |  |  |
| Есть ли у Вас хронические заболевания? (если да, то в поле «примечания» указать, какие) |  |  |  |
| Для женщин: |  |  |  |
| Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время? |  |  |  |
| Кормите ли Вы в настоящее время грудью? |  |  |  |
| Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете.  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_, подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО) | | | |