

Анкета пациента

| | ДА | НЕТ |
|--|----|-----|
| ФИО | | |
| Дата рождения | | |
| 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) | | |
| Для женщин | | |
| Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время? | | |
| Кормите ли Вы в настоящее время грудью? | | |
| 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 или пневмококка Если «да» указать дату _____ | | |
| Были ли у Вас аллергические реакции? | | |
| Есть ли у Вас хронические заболевания Указать какие _____ | | |
| Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней _____ | | |
| Принимаете ли Вы преднизолон? | | |
| Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты? | | |
| Принимаете ли Вы противовирусные препараты? | | |
| Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение последнего года? | | |
| Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом? | | |

Дата _____

Подпись _____