**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