

## Анкета пациента

ФИО		
Дата рождения		
Паспортные данные		
ПОЛИС медицинский		
СНИЛС		
Место работы/должность		
	ДА	НЕТ
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными инфекционными		
Болели ли Вы COVID 19?(если да, то когда)		
Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		
Последние 14 дней отмечались ли у Вас:		
*Повышение температуры		
*Боль в горле		
*Насморк		
*Потеря вкуса		
*Кашель		
*Затрудненное дыхание		
Делали ли Вы прививку от гриппа и пневмококка		
*Если «да» указать дату		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания?		
Какие препараты принимаете последние 30 дней		
Принимаете ли Вы преднизолон?		
Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты?		
Принимаете ли Вы противовирусные препараты?		
Проводилась ли Вам лучевая терапия в течении года?		
Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию?		

Дата

Подпись