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 пневмококкаЕсли "да", указать дату \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |
| Были ли у Вас аллергические реакции? |   |   |
| Есть ли у Вас хронические заболеванияУказать 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