

Анкета пациента

	ДА	НЕТ
ФИО		
Дата рождения		
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными 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?		
Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		

Дата

Подпись

Номер полиса ОМС:

Кем выдан: _____

СНИЛС: - -

Паспорт серия: номер:

Кем выдан: _____

Дата выдачи: . . г. Код подразделения: -

Мобильный телефон: +7 () - -

Адрес проживания: _____
(регион) (район)

_____ (населенный пункт) (улица, дом, корпус, квартира)

Адрес регистрации: _____
(регион) (район)

_____ (населенный пункт) (улица, дом, корпус, квартира)

Уточнённые данные вакцинации	Название вакцины	Дата	Реакция на введение
Грипп			
Пневмококк			

Место работы (организация кратко, отделение и т.п.) _____

Должность _____

Хронические заболевания	ДА	НЕТ	Если ДА, то уточните диагноз
Хронические заболевания бронхолегочной системы			
Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы			
Хронические заболевания эндокринной системы			
Онкологические заболевания			
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека			
Туберкулез			
Сифилис			
Гепатит			
Иные			