

Анкета пациента перед вакцинацией против Covid-19

№	Вопрос	ДА	НЕТ
1.	ФИО		
2.	Дата рождения		
3.	Болеете ли Вы сейчас?		
4.	Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?		
5.	Болели ли Вы COVID 19? (если да, то когда)		
6.	Для женщин		
a.	Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
b.	Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		
7.	Последние 14 дней отмечались ли у Вас:		
a.	- Повышение температуры		
b.	- Боль в горле		
c.	- Потеря обоняния		
d.	- Насморк		
e.	- Потеря вкуса		
f.	- Кашель		
g.	- Затруднение дыхания		
8.	Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка Если "да", указать дату _____		
9.	Были ли у Вас аллергические реакции?		
10.	Есть ли у Вас хронические заболевания Указать какие _____		
11.	Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней _____		
12.	Принимаете ли Вы преднизолон?		
13.	Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты?		
14.	Принимаете ли Вы противовирусные препараты?		
15.	Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение последнего года?		
16.	Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		

Дата заполнения