

## 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)   |    |     |
| <b>Для женщин</b>  |    |     |
| <b>Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?</b>                   |    |     |
| <b>Кормите ли Вы в настоящее время грудью?</b>                                       |    |     |
| <b>Последние 14 дней отмечались ли у Вас:</b>  |    |     |
| • 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?                              |    |     |

СНИЛС: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Место работы: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_