**Анкета пациента**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Болеете ли Вы сейчас? ДА НЕТ |  |  |
| Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней? ДА НЕТ |  |  |
| Болели ли Вы COVID 19? (если да, то когда) ДА НЕТ |  |  |
| **Для женщин:** |  |  |
| Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время? ДА НЕТ |  |  |
| Кормите ли Вы в настоящее время грудью? ДА НЕТ |  |  |
| Последние 14 дней отмечались ли у Вас: |  |  |
| - Повышение температуры ДА НЕТ |  |  |
| - Боль в горле ДА НЕТ |  |  |
| - Потеря обоняния ДА НЕТ |  |  |
| - Насморк ДА НЕТ |  |  |
| - Потеря вкуса ДА НЕТ |  |  |
| - Кашель ДА НЕТ |  |  |
| - Затруднение дыхания ДА НЕТ |  |  |
| Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка ДА НЕТ  Если "да", указать дату \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Были ли у Вас аллергические реакции? ДА НЕТ |  |  |
| Есть ли у Вас хронические заболевания ДА НЕТ  Указать какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Принимаете ли Вы преднизолон? ДА НЕТ |  |  |
| Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты? ДА НЕТ |  |  |
| Принимаете ли Вы противовирусные препараты? ДА НЕТ |  |  |
| Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение последнего года? ДА НЕТ |  |  |
| Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом? Д А НЕТ |  |  |

Дата

Подпись