

**Анкета пациента**

	ДА	НЕТ
ФИО		
Дата рождения		
Болезте 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 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?		

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_