

# АНКЕТА ПАЦИЕНТА

	ДА	НЕТ
ФИО		
Дата рождения		
Болеете ли вы сейчас		
Были ли у вас контакты с больными инфекционными заболеваниями 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 отмечалась 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 укажите дату _____		
Есть ли у вас хронические заболевания? Укажите какие _____		
Какие лекарственные препараты вы принимали последние 30 дней _____		
Принимаете ли вы преднизолон?		
Принимаете ли вы противоопухолевые препараты?		
Принимаете ли вы противовирусные препараты?		
Проводилась ли вам лучевая терапия в течении последнего года?		
Были ли у вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		