

## 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 COVID19?(если да, то когда)		
Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Последние 14 дней отмечались ли у Вас:		
• Повышение температуры		
• Боль в голове		
• 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 Если «Да» 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 "\_\_\_" 202\_\_\_ г.

Подпись