

Анкета пациента перед вакцинацией от COVID-19

		ДА	НЕТ
ФИО			
Дата рождения			
Болеете ли Вы сейчас?			
Были ли у Вас контакты с больными инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?			
Болели ли Вы СОУГО 19? (если да, то когда)			
Для женщин	Вы беременны?		
	планируете забеременеть в ближайшее время?		
	Кормите ли Вы 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/пневмококка или другие прививки? Если «да» указать дату _____			
Были ли у Вас аллергические реакции? Если «ДА» указать причину _____			
Есть ли у Вас хронические заболевания? Указать какие _____			

Дата

Подпись