

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

ФИО _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ _____

	ДА	НЕТ
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?		
Болели ли Вы COVID-19. Если да, указать дату.		
<i>Для женщин</i>		
<i>Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?</i>		
<i>Кормите ли Вы в настоящее время грудью?</i>		
Последние 14 дней отмечались ли у Вас?		
- Повышение температуры		
- Боль в горле		
- Потеря обоняния		
- Насморк		
- Потеря вкуса		
- Кашель		
- Затрудненность дыхания		
Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка? Если да, указать дату.		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Были ли у Вас хронические заболевания. Если да, укажите 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?		
Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		