Приложение № 2

Анкета пациента

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИО: | | |
| Дата рождения: | | |
|  | **ДА** | **НЕТ** |
| Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней? |  |  |
| Болели ли Вы COVID19? (если да, то когда) |  |  |
| **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 противовирусные препараты? |  |  |
| Проводилась ли Вам лучевая терапия в течение 6 мес? |  |  |
| Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом? |  |  |
| **Для женщин** |  |  |
| **Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?** |  |  |
| **Кормите ли Вы в настоящее время грудью?** |  |  |

Дата

Подпись