**Анкета пациента**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ДА | НЕТ |
| Ф.И.О. |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| Болеете ли Вы сейчас? |  |  |
| Были ли у вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней? |  |  |
| **Для женщин** |  |  |
| **Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?** |  |  |
| **Кормите ли Вы в настоящее время 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 или пневмококкаЕсли «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 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? |  |  |

Дата

Подпись