

Приложение №2
к
«Порядку проведения
вакцинации против COVID19
взрослому населению»
(письмо заместителя Министра
здравоохранения
РФ от 09.12.2020 №17-0/и/2)

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 COVID 19? (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 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?		
Для женщин Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		

дата _____

Подпись _____