

### Анкета пациента

	Да	Нет
ФИО:		
Дата рождения:		
Более 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?)		
<b>Для женщин</b>		
<b>Вы беременная или планируете забеременеть в ближайшее время?</b>		
<b>Кормите ли Вы в настоящее время грудью?</b>		
<b>Последние 14 дней отмечались ли у Вас?</b>		
• 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 в 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: \_\_\_\_\_