

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?		
Болели ли Вы COVID-19? (Если да, то когда)		
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 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 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 _____