|  |
| --- |
| Анкета пациента (оборотная сторона)Информация о персональных данных пациента указана на лицевой стороне |
|  | НЕТ | ДА |
| 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/пневмококка или другие прививки?Если "да", указать дату \_\_/\_\_/\_\_\_\_ |  |  |
|
| Были ли у Вас аллергические реакции? |  |  |
| Есть ли у Вас хронические заболевания? Указать, какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сокращенно, например:ГБ - гипертоническая болезньСД - сахарный диабетИБС - ишемическая болезнь сердца |  |  |
|
|
| Для женщин |  |  |
| Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время? |  |  |
| Кормите ли Вы в настоящее время грудью? |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата |  |  |  |  |
|  |  |
| Подпись пациента: |  |  |  |
|  |  |  |  |