

Приложение №2

к «Порядку проведения вакцинации против COVID-19
взрослому населению» (письмо заместителя Министра
здравоохранения РФ от 09.12.2020 №17-0/и/2).

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? | | |
| Была ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом? | | |

Дата

Подпись