

Анкета пациента на вакцинацию

НОМЕР АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ _____

(указан в пропуске в МСЧ №170)

Вопросы	ДА (V)	НЕТ (V)
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 указать дату)?		
Была ли Вакцинация от COVID-19 (если «да», то указать		
Для женщин:		
– Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее		
– 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», то 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		
Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		

Дата заполнения

Подпись пациента

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПАЦИЕНТОМ	
Паспорт серия номер	
Выдан кем, дата выдачи	
Код подразделения	
СНИЛС номер	
Полис ОМС	
Адрес регистрации	
Адрес проживания	
Мобильный телефон	
ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ НА ПРИЕМЕ:	
Температура на приеме	
ЧДД	
ЧСС	
А/Д на приеме	
Сатурация	

Заключение:

Противопоказаний для проведения вакцинации на момент осмотра:
не выявлено/выявлено (подчеркнуть)

Направлен(а) на вакцинацию вакциной _____
указать наименование вакцины

Врач _____ / _____
подпись *расшифровка*

Дата