→

Анкета (заполняется пациентом перед вакцинацией 2 компонентом против новой короновирусной инфекции)

ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ возраст (полных лет)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **вопрос** | **Да** | **Нет** |
| 1 | Проводились ли Вам профилактические прививки в течение последних 30 дней (помимо вакцинации компонентом 1 против новой короновирусной инфекции)? |  |  |
| 2 | Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на введение ком понента 1 (анафилактический шок, отек Квинке, судороги, повышение температуры выше 40 градусов)? |  |  |
| 3 | Имеются ли у Вас в настоящее время признаки простудного заболевания? |  |  |
| 4 | Беременность |  |  |
| 5 | Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания (если да, то указать какое в примечании п.7) |  |  |
| 6 | Принимали ли Вы в течение месяца следующие препараты: глюкокортикостероиды, цитостатики, иммуносупрессоры, моноклональные антитела (если принимали, то указать какие в примечании п.7) |  |  |
| 7 | Примечание |  |  |

**СНИЛС:**

Место работы:

Должность:

Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**→**