Анкета пациента

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ДА | НЕТ |
| 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 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/пневмококка или другие прививки?  Если «да» указать дату |  |  |
| Были ли у Вас аллергические реакции? |  |  |
| Есть ли у Вас хронические заболевания? Указать какие |  |  |

Дата Подпись