**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