

## Анкета пациента

|  | НЕТ | ДА |
|--|-----|----|
| 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)   |     |    |
| Последние 14 дней отмечались ли у Вас:   |     |    |
| <input type="checkbox"/> - Повышение температуры   |     |    |
| <input type="checkbox"/> - Боль в горле  |     |    |
| <input type="checkbox"/> - Потеря обоняния   |     |    |
| <input type="checkbox"/> - Насморк   |     |    |
| <input type="checkbox"/> - Потеря вкуса  |     |    |
| <input type="checkbox"/> - Кашель  |     |    |
| <input type="checkbox"/> - Затруднение дыхания   |     |    |
| <p>Делали ли Вы прививку от гриппа/пневмококка или другие прививки?</p> <p>Если "да" указать дату<br/>           ___/___/___</p> |     |    |
| Были ли у Вас аллергические реакции?   |     |    |
| <p>Есть ли у Вас хронические заболевания?</p> <p>Указать какие</p>   |     |    |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <hr/> <hr/> <hr/> <p>Сокращенно, например:</p> <p>ГБ - гипертоническая болезнь</p> <p>СД - сахарный диабет</p> <p>ИБС - ишемическая болезнь сердца</p> |  |  |
| Для женщин   |  |  |
| Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?  |  |  |
| Кормите ли Вы в настоящее время грудью?  |  |  |
|  |  |  |
| Дата _____   |  |  |
| Подпись пациента: _____  |  |  |

## Осмотр врача-педиатра ( фельдшера) перед вакцинацией от COVID-19

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 1.  | Дата осмотра  |  |
| 2.  | Температура тела  |  |
| 3.  | Общее состояние   | (Не) удовлетворительное  |
| 4.  | ЧДД, ЧСС, АД, Сатурация   |  |
| 5.  | Сердце (нужное подчеркнуть)   | Тоны: ясные, приглушены, глухие.<br>Ритм: правильный, аритмичный                       |
| 6.  | Легкие (нужное подчеркнуть)   | Дыхание везикулярное, жесткое<br>Хрипы: нет (сухие рассеянные. влажные, крепитирующие) |
| 7.  | Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть)  | Да, нет  |
| 8.  | Болел COVID-19? (нужное подчеркнуть)  | Да, нет  |
| 9.  | Прививка от гриппа?/Пневмококка?<br>(нужное подчеркнуть)<br>Реакция на предыдущие вакцины (описать) | Да, нет  |
| 10  | Аллергические реакции   | Нет  |
|     | (нужное подчеркнуть)  | Да (описать какие)   |
| 11. | Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):  |  |
|     | -   | бронхолегочной системы   |

|                    |   |   |         |
|--------------------|---|---|---------|
|                    | -   | сердечно-сосудистой системы   |         |
|                    | -   | эндокринной системы   |         |
|                    | -   | онкологические заболевания  |         |
|                    | -   | болезнь, вызванная ВИЧ  |         |
|                    | -   | туберкулез  |         |
| 12.                | Иные  |   |         |
| 13.                | Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации<br>Препарат<br>Лекарственная форма<br>Дозировка<br>Суточная доза<br>Продолжительность приема (в днях) |   |         |
| 14                 | Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты?  |   | Да, нет |
| <u>Заключение:</u> |   | Противопоказаний для проведения вакцинации от COVID-19 на момент осмотра не выявлено (выявлено) |         |
| Врач               |   | _____   | _____   |
|                    |   | ФИО   | подпись |