Анкета пациента перед вакцинацией против коронавирусной инфекции

|  |
| --- |
| Общие сведения |
| СНИЛС |  |
| Фамилия\* |  |
| Имя\* |  |
| Отчество\* |  |
| Пол\* |  |
| Дата рождения\* |  |
| Гражданство\* |  |
| Документы |
| Тип документа\* |  |
| Серия |  |
| Номер |  |
| Кем выдан |  |
| Дата выдачи\* |  |
| Кодподразделения |  |  |
| Медицинское страхование |
| Тип полиса\* |  |
| Серия |  |
| Номер\* |  |
| Страховаяорганизация\* |  |
| Контакты |
| Телефон\* |  |  |
| Номер\* |  |  |
| Адреса |
| Тип адреса\* | Тип адреса(регистрации/проживания) |  |
| Регион\* |  |  |
| Населенныйпункт\* |  |  |
| Улица\* |  |  |
| Дом\* |  |  |
| Квартира |  |  |

Сведения о наличии или отсутствии хронических заболеваний

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование поля | ДА | НЕТ |
| Болел COVID-19 | Дата выявления и выздоровления |  |
| Контактировал с больным инфекционными заболеваниями в течении последних 2-х недель | Дата |  |
| Аллергические реакции |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Аллергические реакции (поле комментариев) |  |  |
| Реакции на предыдущие вакцины |  |  |
| Реакции на предыдущие вакцины (поле комментариев) |  |  |
| Вакцинация против гриппа |  |  |
| Вакцинация против пневмококковой инфекции |  |  |
| Группа риска |  |  |
| Не имеются хронические заболевания | Дата постановки на «Д»-учет |  |
| Хронические заболевания бронхолегочной системы | Классы МКБ-10 / J00-J99 |  |
| Хронические заболеваниясердечно-сосудистойсистемы | Классы МКБ-10 /100-199 |  |
| Хронические заболевания эндокринной системы | Классы МКБ-10/Е00-Е90 |  |
| Онкологическиезаболевания | Классы МКБ-10 / C00-D48 |  |
| Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека | Классы МКБ-10/В20-В24 • |  |
| Туберкулез | Классы МКБ-10/А15-А19 |  |
| Иные | Все, кромевышеперечисленныхклассов |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование поля | Дата анализа на COVID-19 | Результат |
| ПЦР-тест на COVID-19 |  |  |

Лекарственные средства, применяемые в течение месяца до иммунизации

|  |  |
| --- | --- |
| Вид препарата (например «Антибиотики») |  |
| Препарат ТН (МНН) препарата |  |
| Лекарственная форма |  |
| Дозировка |  |
| Суточная доза |  |
| Продолжительность приема (в днях) |  |

Информация об иммунизации

|  |  |
| --- | --- |
| Препарат вакцины |  |
| Реакция сразу после введения |  |