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\* |  | |
| Код  подразделения |  |  |
| Медицинское страхование | | |
| Тип полиса\* |  | |
| Серия |  | |
| Номер\* |  | |
| Страховая  организация\* |  | |
| Контакты | | |
| Телефон\* |  |  |
| Номер\* |  |  |
| Адреса | | |
| Тип адреса\* | Тип адреса  (регистрации/проживания) |  |
| Регион\* |  |  |
| Населенный  пункт\* |  |  |
| 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 заболевания  сердечно-сосудистой  системы | Классы МКБ-10 /100-199 |  |
| Хронические заболевания эндокринной системы | Классы МКБ-10/Е00-Е90 |  |
| Онкологические  заболевания | Классы МКБ-10 / C00-D48 |  |
| Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека | Классы МКБ-10/В20-В24 • |  |
| Туберкулез | Классы МКБ-10/А15-А19 |  |
| Иные | Все, кроме  вышеперечисленных  классов |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |