**Анкета**

(заполняется пациентом перед вакцинацией против новой коронавирусной инфекции)

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваш возраст \_\_\_\_\_\_ (полных лет)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вопрос** | **Да** | **Нет** |
| 1 | Проводились ли Вам профилактические прививки в течение последних 30 дней? |  |  |
| 2 | Являетесь ли Вы участником клинического исследования вакцины? |  |  |
| 3 | Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на профилактические прививки, в прошлом (анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°С)? |  |  |
| 4 | Имеются ли у Вас в настоящие время признаки простудного заболевания? |  |  |
| 5 | Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания (если да, то указать какое в примечании, п. 10) |  |  |
| 6 | Имеются ли у Вас заболевания, такие как: |  |  |
| - сердечно-сосудистые: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, эндокардит, перикардит или миокардит (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - эндокринные: сахарный диабет (указать уровень глюкозы при последнем измерении) |  |  |
| - центральной нервной системы: инсульт, эпилепсия, рассеянный склероз (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - крови: анемии, лейкозы, лимфогранулематоз, другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - почек (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - печени (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - легких: бронхиальная астма, ХОБЛ, другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - аутоиммунные: ревматические болезни, тиреоидит, псориаз и другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - иммунодефициты (указать заболевание в примечании, п.10) |  |  |
| - онкологические (указать заболевание в примечании, п.10) |  |  |
| 7 | Принимали ли Вы в течение месяца следующие лекарственные препараты: глюкокортикостероиды, цитостатики, иммуносупрессоры, моноклональные антитела. Если принимали, то указать какие в примечании, п.10. |  |  |
| 8 | Беременность (для женщин) |  |  |
| 9 | Период грудного вскармливания (для женщин) |  |  |
| 10 | Примечание | | |

Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информация, заполняемая врачом:**

|  |  |
| --- | --- |
| - температура тела |  |
| - допущен / не допущен  (при медицинском отводе – код МКБ-10 диагноза) |  |
| **- назначенная вакцина** | * **Спутник Лайт** |

**Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(ФИО)