**Приложение №2**

**Анкета пациента**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИО | | |
| Дата рождения | | |
|  | ДА | НЕТ |
| 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 |  |  |
| Затрудненное дыхание |  |  |
| Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка Если «да» указать дату\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Были ли у вас аллергические реакции |  |  |
| Есть ли у Вас хронические заболевания,  Указать какие |  |  |
| Какие лекарственные препараты вы принимаете последние 30дней |  |  |
| Принимаете ли преднизолон? |  |  |
| Принимаете ли противоопухолевые препараты? |  |  |
| Принимаете ли противовирусные препараты? |  |  |
| Проводилась ли Вам лучевая терапия в течении последнего года? |  |  |
| Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом? |  |  |

Дата 2021г.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_