

ОСМОТР ВРАЧА ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ ОТ COVID-19

ДАТА ОСМОТРА

ФИО пациента

(фамилия, имя, отчество(при наличии) гражданина)

ДАТА РОЖДЕНИЯ

Температура тела

Общее состояние

Удовлетворительное/ неудовлетворительное

Легкие

Дыхание:

Хрипы:

ЧДД

Сатурация

Сердце

Тоны:

Ритм:

ЧСС, АД

Контакт и инфекционными больными

(нужное подчеркнуть)

ДА

НЕТ

Болел COVID-19?

ДА

НЕТ

Прививка от гриппа/ пневмококка

ДА

НЕТ

Реакция на
предыдущие вакцины
(описать)

Аллергические реакции,
если «Да», описать какие

ДА

НЕТ

| | | |
|---|---------------------------|-----|
| Наличие сопутствующих заболеваний | ДА | НЕТ |
| Хронические заболевания бронхолегочной системы | | |
| Хронические заболевания эндокринной системы | | |
| Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы | | |
| Онкологические заболевания | | |
| Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека | ДА | НЕТ |
| Туберкулез | | |
| Иные | | |
| Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации | Препарат: | |
| | Лекарственная форма: | |
| | Дозировка: | |
| | Суточная доза: | |
| | Продолжительность приема: | |

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Противопоказания для проведения вакцинации от COVID-19 на момент осмотра:

выявлены/ не выявлены

(нужное подчеркнуть)

ВРАЧ _____

(фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись врача)