

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

ФИО

ДАТА РОЖДЕНИЯ

ДА НЕТ

Болеете ли Вы сейчас?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Болели ли вы COVID-19? Если «да», то когда _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Для женщин

Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Кормите ли Вы в настоящее время грудью?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Последние 14 дней отмечались ли у вас:

● Повышение температуры

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

● Боль в горле

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

● Потеря обоняния

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

● Насморк

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

● Потеря вкуса

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

● Кашель

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

● Затрудненное дыхание

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка
Если «Да», указать дату _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Были ли у Вас аллергические реакции?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Есть ли у Вас хронические заболевания?

Если «Да», указать какие _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Принимали ли лекарственные препараты в течение последних 30 дней?

Если «Да», указать какие _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Принимаете ли Вы преднизолон?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Принимаете ли Вы противовирусные препараты?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Проводилась ли Вам лучевая терапия в течении последнего года?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Была ли у вас побочная реакция на вакцинацию в прошлом?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------