**Анкета пациента**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ДА | НЕТ |
| Ф. И. О. |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| 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 |  |  |
| • затруднение дыхания |  |  |
| 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_