**Анкета пациента**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ДА | НЕТ |
| ФИО |  |  |
| Дата рождения |  |  |
| Болеете ли Вы сейчас? |  |  |
| Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней? |  |  |
| Болели ли Вы СOVID-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