

**Анкета перед проведением вакцинации против новой
коронавирусной инфекции COVID-19
для пациентов возрасте 12-17 лет включительно**

ФИО (вакцинируемого) _____

Дата рождения _____ **Контактный телефон** _____

		НЕТ	ДА
Болеете ли Вы / Ваш ребенок сейчас?			
Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?			
Болели ли Вы / Ваш ребенок COVID 19? (если да, то когда _____)			
Последние 14 дней отмечались ли у Вас / Вашего ребенка			
-	Повышение температуры		
-	Боль в горле		
-	Потеря обоняния		
-	Насморк		
-	Потеря вкуса		
-	Кашель		
-	Затруднение дыхания		
Делали ли Вы / Ваш ребенок прививку от гриппа / пневмококка или другие прививки? Если "да" указать дату ____ / ____ / ____			
Делали ли Вы / Ваш ребенок другие прививки в течении последнего месяца? (если да, то укажите какие) _____			
Были ли у Вас / Вашего ребенка аллергические реакции? (если да, то укажите какие) _____			
Есть ли у Вас хронические заболевания? Указать какие _____			
ГБ - гипертоническая болезнь СД - сахарный диабет ИБС - ишемическая болезнь сердца			
Для девушек: Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?			
Примечание (особые отметки о состоянии здоровья на момент вакцинации) _____			
Дата _____			
Подпись пациента: _____			