|  |
| --- |
| **Общие сведения** |
| СНИЛС |  |  |
| **Фамилия\*** |  |  |
| **Имя\*** |  |  |
| **Отчество\*** |  |  |
| **Пол\*** |  |  |
| **Дата рождения\*** |  |  |
| **Гражданство\*** |  |  |
| **Документы** |
| **Тип документа\*** |  |  |
| Серия |  |  |
| Номер |  |  |
| Кем выдан |  |  |
| **Дата выдачи\*** |  |  |

Анкета пациента перед вакцинацией против коронавирусной инфекции

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Код подразделения |  |  |
| **Медицинское страхование** |
| **Тип полиса\*** |  |  |
| Серия |  |  |
| **Номер\*** |  |  |
| **Страховая организация\*** |  |  |
| **Контакты** |
| **Телефон\*** |  |  |
| **Номер\*** |  |  |
| **Адреса** |
| **Тип адреса\*** | Тип адреса(регистрации/проживания) |  |
| **Регион\*** |  |  |
| **Населенный пункт\*** |  |  |
| **Улица\*** |  |  |
| **Дом\*** |  |  |
| Квартира |  |  |

**Сведения о наличии или отсутствии хронических заболеваний.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование поля** | **ДА** | **НЕТ** |
| **Болел COVID-19** |  Дата выявления и выздоровления |  |
| **Контактировал с больными****инфекционными****заболеваниями в течение 2х недель** | дата |  |
| **Аллергические реакции** |  |  |
| **Аллергические реакции (поле комментариев)** |  |  |
| **Реакции на предыдущие вакцины** |  |  |
| **Реакции на предыдущие вакцины (поле****комментариев)** |  |  |
| **Вакцинация против гриппа** |  |  |
| **Вакцинация против пневмококковой инфекции** |  |  |
| **Группа риска** |  |  |
| **Не имеются хронические заболевания** | Дата постановки на «Д»-учет |  |
| **Хронические заболевания бронхолегочной системы** | Классы МКБ-10 / J00-J99 |  |
| **Хронические заболевания сердечно-сосудистой****системы** | Классы МКБ-10 / I00-I99 |  |
| **Хронические заболевания эндокринной системы** | Классы МКБ-10 / E00-E90 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Онкологические заболевания** | Классы МКБ-10 / C00-D48 |  |
| **Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека** | Классы МКБ-10 / B20-B24 |  |
| **Туберкулез** | Классы МКБ-10 / A15-A19 |  |
| **Иные** | Все, кроме вышеперечисленных классов |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование поля** | Дата анализа на COVID-19 | **результат** |
| **ПЦР-тест на COVID-19** |  |  |

## Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид препарата** (например,«Антибиотики») |  |
| **Препарат** ТН (МНН) препарата |  |
| **Лекарственная форма** |  |
| **Дозировка** |  |
| **Суточная доза** |  |
| **Продолжительность приема (в днях)** |  |

**Информация об иммунизации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Препарат вакцины** |  |
| **Реакция сразу после введения** |  |
| **Общие реакции**  |  |
| **Местные реакции (в месте введения вакцины)** |  |

Дневник самонаблюдения необходим для получения обратной связи от вакцинированного пациента. Данные поступают из личного кабинета пациента на Едином портале государственных и муниципальных услуг.