**Анкета пациента перед вакцинацией против новой коронавирусной**

**инфекции (COVID-19)**

|  |  |
| --- | --- |
| Общие сведения | |
| СНИЛС |  |
| Фамилия\* |  |
| Имя\* |  |
| Отчество\* |  |
| Пол\* |  |
| Дата рождения\* |  |
| Гражданство\* |  |
| Документы | |
| Тип документа\* |  |
| Серия |  |
| Номер |  |
| Кем выдан |  |
| Дата выдачи\* |  |
| Код подразделения |  |
| Медицинское страхование | |
| Тип полиса\* |  |
| Серия |  |
| Номер\* |  |
| Страховая компания\* |  |
| 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 по МКБ-10/ J00-J99 |  |
| Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы | Классы по МКБ-10/I00-I99 |  |
| Хронические заболевания эндокринной системы | Классы по МКБ-10/Е00-Е90 |  |
| Онкологические заболевания | Классы по МКБ-10/С00-D48 |  |
| Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека | Классы по МКБ-10/В20-В24 |  |
| Туберкулез | Классы по МКБ-10/А15-А19 |  |
| 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 на Едином портале государственных и муниципальных услуг.