Приложение 2

к распоряжению министерства здравоохранения Иркутской области

Анкета

(заполняется пациентом перед вакцинацией I компонентом  
против новой коронавирусной инфекции)

ФИО

Ваш возраст (полных лет)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вопрос | Д\* | Нет |  |
| 1 | Проводились ли Вам профилактические прививки в течение последних 30 дней? |  |  |  |
| 2 | Являетесь ли Вы участником клинического исследования вакцины? |  |  |  |
| 3 | Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на профилактические прививки, в прошлом (анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°С)? |  |  |  |
| 4 | Имеются ли у Вас в настоящие время признаки простудного заболевания? |  |  |  |
| 5 | Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания, (если да, то указать какое в примечании, п. 10) |  |  |  |
| б | Имеются ли у Вас заболевания, такие как: |  |  |  |
| - сердечно-сосудистые: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, окардит, перикардит или миокардит (указать какое в примечании, п.10) |  |  |  |
| - эндокринные: сахарный диабет (указать уровень глюкозы при последнем измерении) |  |  |  |
| - центральной нервной системы-, инсульт, эпилепсия, рассеянный склероз (указать какое в примечании, п.10) |  |  |  |
| крови: анемии, лейкозы; лимфогранулематоз, другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |  |
| -почек (указать какое в примечании, п.10) |  |  |  |
| - печени (указать какое в примечании, п. 10) |  |  |  |
| - лёгких: бронхиальная астма, ХОБЛ, другие (указать какое в примечании) |  |  |  |
| -аутоиммунные: ревматические болезни, тиреоидит, псориаз и другие азать какое в примечании, п.10) |  |  |  |
| - иммунодефициты (указать заболевание в примечании, п.10) |  |  |  |
| 7 | Принимали ли Вы в течение месяца следующие лекарственные препараты: глюкокортикостероиды, цитостатики, иммуносупрессоры, моноклональные антитела. Если принимали, то указать какие в примечании, п. 10. |  |  |  |
| 8 | Беременность (для женщин) |  |  |  |
| 9 | Период грудного вскармливания (для женщин) |  |  |  |
| 10 | Примечание | | | |

Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете

Дата 202 , подпись /

(ФИО)