

Анкета пациента перед вакцинацией против новой коронавирусной инфекции (COVID-19)

ФИО	
Дата рождения	
Медицинское страхование	
Тип полиса*	
Серия	
Номер*	
Страховая организация*	
Контакты	
Телефон*	
Паспортные данные	
Серия	Номер
Дата выдачи	
Кем выдан	
Адрес	
Населенный пункт*	
Улица*	
Дом*	
Квартира	

Сведения о наличии или отсутствии хронических заболеваний.

Наименование поля	ДА	НЕТ
Болезнь COVID-19	Дата выявления и выздоровления	
Контактировал с больными инфекц. 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/E00-E90	
Онкологические заболевания	Классы по МКБ-10/C00-D48	
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	Классы по МКБ-10/B20-B24	
Туберкулез	Классы по 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.