

АНКЕТА ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЯ COVID-19



фамилия и имя -----

дата рождения -----

номер телефона / email -----

температура тела*

Эта анкета используется врачом для оценки факторов, касающихся Вашего **состояния здоровья**, которые могут повлиять на вашу запланированную вакцинацию от COVID-19.

Внимательно прочтите вопросы и ответьте на них **честно**. Ответ **ДА** на любой из приведённых ниже вопросов **не означает**, что Вам нельзя сделать прививку. В случае сомнений проконсультируйтесь с врачом центра вакцинации, который поможет Вам заполнить анкету.

- | | ДА | НЕТ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> На данный момент Вы чувствуете себя плохо | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Вы переболели COVID-19 или получили положительный результат ПЦР-теста | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Вас уже вакцинировали от COVID-19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> У Вас ранее проявлялась тяжёлая аллергическая реакция после вакцинации | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> У Вас наблюдается нарушение свёртываемости крови или вы принимаете антикоагулянты | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> У Вас тяжёлое иммунное расстройство | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Вы беременны или кормите грудью | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> За последние две недели Вам делали какие-либо другие прививки | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Подписывая эту анкету, я подтверждаю, что **не скрыл(-а) от врача никакой информации** о своём состоянии здоровья и **был(-а) ознакомлен(-а) с предоставленной информацией** о вакцинации от COVID-19, в том числе о возможных побочных эффектах.

дата

дата

подпись вакцинированного лица

подпись и печать врача

*Указывается только при измерении в месте вакцинации.