**Приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Свердловской области от 25.11.2020 № 2147-п**

**Анкета пациента перед вакцинацией против новой короновирусной 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 организация:** |  |  |
| **Контакты:** |
| **Телефон:** |  |  |
| **Номер:** |  |  |
| **Адреса:** |
| **Тип адреса:** | **Тип адреса (регистрация/проживание)** |  |
| **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 течении 2х недель** |  |  |
| **Аллергические реакции** |  |  |
| **Аллергические реакции (поле комментариев)** |  |  |
| **Реакция на предыдущие вакцины** |  |  |
| **Реакция на предыдущие вакцины (поле комментариев)** |  |  |
| **Вакцинация против гриппа** |  |  |
| **Вакцинация против пневмококковой инфекции** |  |  |
| **Группа риска** |  |  |
| **Не имеются хронические заболевания** | **Дата постановки на «Д» учёт:** |  |
| **Хронические заболевания бронхолегочной системы** | **Классы МКБ-10 / J00-J99** |  |
| **Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы** | **Классы МКБ-10 / J00-J99** |  |
| **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 течении месяца до иммунизации.** |
| **Вид препарата (например «Антибиотики»** |  |
| **Препарат ТН (МНН) препарата** |  |
| **Лекарственная форма** |  |
| **Дозировка** |  |
| **Суточная доза** |  |
| **Продолжительность приёма (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.**