

Оборотная сторона добровольного информированного согласия

Анкета

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

ФИО _____

Ваш возраст _____ (полных лет)

№	Вопрос	Да	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 анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°C)?		
4	Имеются ли у Вас в настоящее 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)		
6	Имеются ли у Вас заболевания, такие как:		
	- сердечно-сосудистые: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, эндокардит, 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)		
	-легких: бронхиальная астма, ХОБЛ, другие(указать какое в примечании, п.10)		
	- аутоиммунные: ревматические болезни, тиреоидит, псориаз и другие (указать 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)