Осмотр врача перед вакцинацией от СОVID-19

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения | Нужное подчеркнуть (заполнить) |
| 1. | Дата осмотра |  |
| 2. | ФИО пациента полностьюдата рожденияномер телефона |  |
| 3. | Температура тела |  |
| 4. | Общее состояние | (Не) удовлетворительное |
| 5. | Легкие  | Дыхание везикулярное, жесткое Хрипы: нет (сухие рассеянные, влажные, крепитирующие) |
| 6. | ЧДД |  |
| 7. | Сатурация |  |
| 8. | Сердце (нужное подчеркнуть) | Тоны: ясные, приглушены, глухие. Ритм: правильный, аритмичный |
| 9. | ЧСС, АД |  |
| 10. | Контакты с инфекционными больными  | Да, нет |
| 11. | Болел СОVID-19? (нужное подчеркнуть) | Да, нет |
| 12. | Прививка от гриппа? /Пневмококка?Реакция на предыдущие вакцины (описать) | Да, нет |
| 13. | Аллергические реакции  | Нет, Да (описать какие) |
| 14. | Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):Хронические заболевания бронхолегочной системы |  |
| 5. | Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы |  |
| 16. | Хронические заболевания эндокринной системы |  |
| 17. | Онкологические заболевания |  |
| 18. | Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека | Да, нет |
| 19. | Туберкулез | Да, нет |
| 20. | Иные |  |
| 21. | Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации Препарат, лекарственная форма, дозировка суточная доза, продолжительность приема (в днях). |  |

**Заключение: Противопоказаний для проведения вакцинации от** СОVID-19 **на момент осмотра не выявлено (выявлено)**

Врач (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись