

Приложение № 2 к приказу
 Министерства здравоохранения
 Свердловской области
 от 25.11.2020 № 2147-12

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

Общие сведения	
СНИЛС	678-543-217 58
Фамилия*	ИВАНОВ
Имя*	ИВАН
Отчество*	ИВАНОВИЧ
Пол*	М
Дата рождения*	01.01.2001
Гражданство*	РУССКИЙ
Документы	
Тип документа*	паспорт
Серия	6707
Номер	001008
Кем выдан	УВД района
Дата выдачи*	07.07.2007
Код подразделения	667
Медицинское страхование	
Тип полиса*	полис ОМС
Серия	
Номер*	6656930834001598
Страховая организация*	Астрамед - МС
Контакты	
Телефон*	8-9022221100
Номер*	
Адреса	
Тип адреса*	Тип адреса (регистрации/проживания)
Регион*	Свердл. обл.
Населенный пункт*	г. Екатеринбург

ОБРА ЗЕМ

Улица*	Вилонова	
Дом*	33	
Квартира	100	

Сведения о наличии или отсутствии хронических заболеваний.

Наименование поля	ДА	НЕТ
Болел COVID-19	Дата выявления и выздоровления	
Контактировала с больными инфекционными 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 МКБ-10 / J00-J99	
Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы	Классы МКБ-10 / I00-I99	
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	

ОБРАЗО

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 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.

ОБРА ЗЕ-16