**Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Дата осмотра |  |
| 2. | ФИО пациента полностью  Дата рождения | |
| 3. | Температура тела |  |
| 4. | Общее состояние | (Не) удовлетворительное |
| 5. | Легкие (нужное подчеркнуть) | 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 (нужное подчеркнуть) | Да/нет |
| 11. | Болел COVID-19? (нужное подчеркнуть) | Да/нет |
| 12. | Прививка от гриппа?/Пневмококка? (нужное подчеркнуть)  Реакция на предыдущие вакцины (описать) | Да/нет |
| 13. | Аллергические реакции |  |
| 14. | Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз): Хронические заболевания бронхолегочной системы | Нет  Да (описать какие) |
| 15. | Хронические заболевания сердечно- сосудистой системы |  |
| 16. | Хронические заболевания эндокринной системы |  |
| 17. | Онкологические заболевания |  |
| 18. | Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека |  |
| 19. | Туберкулез | Да/нет |
| 20. | Иные | Да/нет |
| 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 COVID-19 на момент осмотра не выявлено (выявлено)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Врач |  |  |
| ФИО |  | подпись |