

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.	Болеет COVID-19? (нужное подчеркнуть)	Да, нет
12.	Прививка от гриппа? Пневмококка? (нужное подчеркнуть) Реакция на предыдущие вакцины (описать)	Да, нет
13.	Аллергические реакции (нужное подчеркнуть)	Нет Да (описать какие)
14.	Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз): 14.1. Хронические заболевания бронхолегочной	

	<p>системы</p> <p>14.2. Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы</p> <p>14.3. Хронические заболевания эндокринной системы</p> <p>14.4. Онкологические заболевания</p> <p>14.5. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека</p> <p>14.6. Туберкулез</p>	
15.	Иные	
16.	<p>Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации</p> <p>Препарат</p> <p>Лекарственная форма</p> <p>Дозировка</p> <p>Суточная доза</p> <p>Продолжительность приема (в днях)</p>	
17.	Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты?	

**Заключение:**

Противопоказаний для проведения вакцинации от COVID-19 на момент осмотра не выявлено (выявлено)

Врач

\_\_\_\_\_

ФИО

\_\_\_\_\_

подпись