Приложение М 4

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 | Нет |
|  | (нужное подчеркнуть) | Да (описать какие) |
| 14. | Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):14.1. Хронические заболевания |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | бронхолегочнойсистемы1. Хронические заболевания сердечно­сосудистой системы
2. Хронические заболевания эндокринной системы
3. Онкологические заболевания
4. Болезнь, вызванная вирусом

иммунодефицитачеловека1. Туберкулез
 |  |
| 15. | Иные |  |
| 16. | Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации ПрепаратЛекарственная форма Дозировка Суточная дозаПродолжительность приема (в днях) |  |
| 17. | Принимаете ли Выиммуносупрессивныепрепараты? |  |

Заключение:

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

Врач