***Приложение № 4***

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Дата осмотра |  |
| 2 | Ф.И.О. 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 (нужное подчеркнуть) | Нет  Да (описать какие) |
| 14 | **Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз):**  Хронические заболевания бронхолегочной системы |  |
| 15 | 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) |  |
| 22 | Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты? |  |

**Заключение: Противопоказаний для проведения вакцинации от COVID-19 на момент осмотра не выявлено**

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GTIN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ISN |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |