Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19

1.	Дата осмотра	
2.	Температура тела	
3.	Общее состояние	(Не) удовлетворительное
4.	ЧДД / ЧСС / АД / Сатурация	
5.	Сердце (нужное подчеркнуть)	Тоны: ясные, приглушены, глухие. Ритм: правильный, аритмичный
6.	Легкие (нужное подчеркнуть)	Дыхание везикулярное, жесткое Хрипы: нет (сухие рассеянные, влажные, крепитирующие)
7.	Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть)	Да, Нет
8.	Болел COVID-19? (нужное подчеркнуть)	Да, Нет
9.	Прививка от гриппа?/Пневмококка? (нужное подчеркнуть) Реакция на предыдущие вакцины (описать)	Да, Нет
10.	Аллергические реакции (нужное подчеркнуть)	Нет Да (описать какие)
11.	Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз): - Хронические заболевания бронхолегочной системы - Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы - Хронические заболевания эндокринной системы - Онкологические заболевания - Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека - Туберкулез	
12.	Иные	
13.	Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации Препарат, лекарственная форма, дозировка, Суточная доза, продолжительность приема (в днях)	
14.	Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты?	

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

Врач_____/ _____
(ФИО) (подпись)