

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 (нужное подчеркнуть)	Нет Да (описать какие)
14.	Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз): 14.1. Хронические заболевания бронхолегочной системы 14.2. Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы 14.3. Хронические заболевания эндокринной системы 14.4. Онкологические заболевания 14.5. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека 14.6. Туберкулез	
15.	Иные	
16.	Лекарственные средства, принимаемые в течение месяца до иммунизации Препарат Лекарственная форма	

	Дозировка	
	Суточная доза	
	Продолжительность приема (в днях)	
17.	Принимаете ли Вы иммуносупрессивные препараты?	

Заключение:

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

Врач _____

Препарат вакцины	
Стандартизованное МНН	
GTIN	
ISN	
Серия, №	
Серийный номер	
Реакция сразу после введения	
Общие реакции	
Общие реакции (поле комментариев)	
Местные реакции (в месте введения вакцины)	
Местные реакции (в месте введения вакцины) (поле комментариев)	

Медицинская сестра _____