**Анкета**

(заполняется пациентом перед проведением вакцинации против гриппа)

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваш возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (полных лет)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Вопрос** | **Да** | **Нет** |
| 1 | **Относитесь ли Вы к профессиональной группе высокого риска по заболеваемости гриппом, если да, то укажите к какой именно (работники организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций торговли, транспорта, коммунальной и социальной сферы; лица, работающие вахтовым методом; лица, занятые на предприятиях птицеводства; сотрудники зоопарков, зооветмагазинов; ветеринарных лечебниц; сотрудники правоохранительных органов и государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации; работники организаций социального обслуживания и многофункциональных центров; государственные гражданские и муниципальные служащие)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
| 2 | **Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на профилактические прививки,  в прошлом (анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°С)? Имеется ли у Вас аллергия на куриный белок?** |  |  |
| 3 | **Имеются ли у Вас в настоящие время признаки простудного заболевания?** |  |  |
|  | **Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания (если да, то указать какое в примечании, п. 9)** |  |  |
| 5 | **Имеются ли у Вас заболевания, такие как:** |  |  |
| **- сердечно-сосудистые: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, эндокардит, перикардит или миокардит (указать какое в примечании, п.9)** |  |  |
| **- эндокринные: сахарный диабет (указать уровень глюкозы при последнем измерении)** |  |  |
| **- центральной нервной системы: инсульт, эпилепсия, рассеянный склероз (указать какое  в примечании, п.9)** |  |  |
| **- крови: анемии, лейкозы, лимфогранулематоз, другие (указать какое в примечании, п.9)** |  |  |
| **- почек, печени (указать какое в примечании, п.9)** |  |  |
| **- легких: бронхиальная астма, ХОБЛ, другие (указать какое в примечании, п.9)** |  |  |
| **- аутоиммунные: ревматические болезни, тиреоидит, псориаз и другие (указать какое  в примечании, п.9)** |  |  |
| **- иммунодефициты (указать заболевание в примечании, п.9)** |  |  |
| **- онкологические (указать заболевание в примечании, п.9)** |  |  |
| 6 | **Принимали ли Вы в течение месяца следующие лекарственные препараты: глюкокортикостероиды, цитостатики, иммуносупрессоры, моноклональные антитела. Если принимали, то указать какие в примечании, п.9** |  |  |
| 7 | **Беременность (для женщин)** |  |  |
| 8 | **Период грудного вскармливания (для женщин)** |  |  |
| 9 | **Примечание** |  |  |

**Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете** **подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**