

Анкета

(заполняется пациентом перед вакцинацией против гриппа)

ФИО _____

Ваш возраст _____ (полных лет)

№	Вопрос	Да	Нет
1	Относите 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°C)? Имеется ли у Вас аллергия на куриный белок?		
3	Имеются ли у Вас в настоящее 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.

Дата _____ 2026, подпись _____ / _____ (ФИО) _____