

Осмотр врача перед вакцинацией от COVID-19

Приложение N 4

1.	Дата осмотра	30.08.21
2.	ФИО пациента полностью	Исаева М. К.
	Дата рождения	31.05.1971
3.	Температура тела	36,6
4.	Общее состояние	(Не) удовлетворительное
5.	Легкие (нужное подчеркнуть)	Дыхание <u>везикулярное</u> , жесткое Хрипы: <u>нет</u> (сухие рассеянные, влажные, крепитирующие)
6.	ЧДД	17
7.	Сатурация	99
8.	Сердце (нужное подчеркнуть)	Тоны: <u>ясные</u> , приглушены, глухие. Ритм: <u>правильный</u> , аритмичный
9.	ЧСС, АД	78 100/70
10.	Контакты с инфекционными больными (нужное подчеркнуть)	Да, <u>нет</u>
11.	Болеет COVID-19? (нужное подчеркнуть)	Да, <u>нет</u>
12.	Прививка от гриппа? /Пневмококка? (нужное подчеркнуть) Реакция на предыдущие вакцины (описать)	Да, <u>нет</u>
13.	Аллергические реакции (нужное подчеркнуть)	<u>Нет</u> Да (описать какие)
14.	Наличие сопутствующих заболеваний (клинический диагноз): Хронические заболевания бронхолегочной системы	<u>нет</u>
15.	Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы	<u>нет</u>
16.	Хронические заболевания эндокринной	<u>нет</u>