**СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 76»**

194021, Санкт-Петербург, ул. Хлопина, д. 11, к. 1. Тел./факс: (812) 534-47-7. E-mail: p76@zdrav.spb.ru

**Анкета о состоянии здоровья**

**Уважаемые студенты! Благодарим за участие в опросе!**

**После заполнения персональной части, обведите или подчеркните подходящий для Вас вариант ответа.**

**1 ФИО** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2 Дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3 Учебное заведение, номер группы** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4 Имеется ли у Вас инвалидность?** нет да, группа 1 2 3, инвалид с детства,

срок инвалидности до\_\_\_, бессрочно

**5 Имеются ли у Вас аллергические реакции?** нет да, медикаментозная (указать препараты) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бытовая, сезонная

**6 Проводились ли Вам гемотрансфузии (переливание крови)?** нет да

**7 Проводились ли Вам операции?** нет да, когда\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ какая\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8 Вредные привычки** нет да, курение, кол-во сигарет в день\_\_\_\_\_, употребление спиртного, употребление психотропных веществ

**9 Имеются у Вас ли хронические заболевания?** нет да, Сахарный диабет, Бронхиальная астма, Гастрит с частыми обострениями, Язвенная болезнь желудка, Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, Панкреатит, Гепатит, Гломерулонефрит, Пиелонефрит, Анемия, Врожденный порок сердца, Другие врожденные пороки, Артериальная гипертензия, Нарушения ритма сердца, Вегето-сосудистая дистония (ВСД), другие заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С какого года указанное заболевание? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какое лечение получаете? (указать принимаемые лекарственные средства)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10 Укажите свой рост** \_\_\_\_\_\_ **вес** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11 Имеются ли жалобы в настоящее время?** нет да \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12 Занимаетесь ли вы спортом?** нет да Каким видом спорта? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***В виду неблагополучной эпидемиологической обстановки в отношении коронавирусной инфекции (COVID-19) в мире просим Вас ответить на следующие вопросы.***

**Эпидемиологическая анкета**

1. Находились ли Вы за границей Российской Федерации в течение предшествующих 14 дней?

**ДА □ / НЕТ □**

Если Вы ответили «ДА»:,

Укажите страну(ы), в которой вы находились: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место пребывания (город, деревня, местность и т.п.):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дату(ы) въезда в указанную Вами страну(ы): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дату(ы) выезда из указанной Вами страны: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общее количество дней пребывания за границей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид транспорта на котором Вы пересекали границу(ы) (самолет, поезд и т.п.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

если помните, укажите номер рейса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.** Контактировали ли Вы за последние 14 дней с лицами с установленным диагнозом коронавирусная инфекция (COV1D-2019) или лицами, вернувшимися из стран, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (вернувшимися с респираторными симптомами, без подтверждённой коронавирусной инфекции.)?

**ДА □ / НЕТ □** Если Вы ответили «ДА»:,

Укажите даты и ФИО контакта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Если знаете, укажите дату выезда возможного источника инфекции или контактировавшего Вами лица, с подтвержденным диагнозом коронавирусная инфекция COVID-19 из страны являющихся неблагополучными по коронавирусной инфекции:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

вид транспорта (самолет, поезд и т.п.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

маршрут (через какие страны летел):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дату и место въезда данного лица в Российскую Федерацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

По возможности его контактные данные (телефон, адрес проживания)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3**. Имеются ли у Вас в настоящий момент признаки ОРВИ (насморк, заложенность носа, кашель, першение в горле, синдром общей инфекционной интоксикации т.п.)? **ДА □ / НЕТ □**

**4.** Имеются ли у Вас ощущения/признаки повышения температуры тела в настоящий момент **ДА □ / НЕТ □**

**Информирован(а) об ответственности за предоставление заведомо ложных сведений.**

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящая анкета создана для ускорения проведения профилактического медицинского осмотра. Указанные вами сведения необходимы исключительно для врачей СПБ ГБУЗ «Городская поликлиника № 76» для дальнейшего полноценного наблюдения за вашим состоянием здоровья в период обучения и будут храниться в вашей медицинской карте. Убедительно просим отнестись с пониманием и ответственностью к заполнению данной анкеты, наша работа направлена на улучшение вашего здоровья. Врачи и медицинские сестра нашей поликлиники всегда открыты к общению и готовы вам помочь.