ЛИСТ-ОПРОСНИК

Ф.И.О. (ребенка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Ф.И.О. сопровождающего лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(должность, родственные связи) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вопросы | Да | Нет |
| 1.Состоял ли ребенок в ближайшие 7 дней в контакте с больным:  -температурой  -кашлем  -сыпью и др. симптомами |  |  |
| 2.Наличие повышения температуры в ближайшие 7 дней (38 и выше) |  |  |
| 3.Пребывание за пределами основного места жительства в последние 30 дней (страны СНГ, заграница) |  |  |
| 4.Наличие контакта с инфекционными больными (ветреная оспа, корь, краснуха, эпидемический паротит) |  |  |
| 5.Перенесенные инфекционные заболевания (указать какие) |  |  |
| 6.Аллергические реакции на препараты (указать какие) |  |  |
| 7.Аллергические реакции на пищевые продукты (указать какие) |  |  |
| 8.Болеет ли кто-то из членов семьи простудными заболеваниями в настоящее время или находится на лечении в стационаре по поводу какого-либо заболевания (указать какого) |  |  |

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.

Подпись дежурной медицинской сестры **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**