**Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЭПИДАНАМНЕЗ ЗА 6 МЕС.** | | | | |
|  | Проживание: общежитие, квартира, частный дом(подчеркнуть) | | | |
|  | Выезд за пределы: | | | |
| 1 | г. Липецка | да | нет |
| - водоем (дата, место) | | да | нет |
| - лес (дата, место) | | да | нет |
| 2 | Липецкой области | да | нет |
| 3 | РФ | да | нет |
|  | Были контакты (нужное подчеркнуть) с домашними или дикими животными, грызунами | | | |
| 1 | Укусы | да | нет |
| 2 | Царапины | да | нет |
| 3 | Ослюнение | да | нет |
|  | Укусы, комаров клещей | | да | нет |
|  | Профилактические прививки: | | | |
| 1 | Привит по возрасту | да | нет |
| 2 | Медотвод от прививок | да | нет |
| 3 | Отказ от прививок | да | нет |
|  | Является(тесь) ли больным или носителем вирусного гепатита | | да | нет |
|  | Является(тесь) ли больным туберкулезом | | да | нет |
|  | Является(тесь) ли больным или носителем ВИЧ-инфекции | | да | нет |
|  | Контакт с инфекционными больными, дома, в дошкольных, школьных учреждениях, спортивных секциях (нужное подчеркнуть) | | да | нет |
|  | Лечение в стационаре, в т.ч. в дневном стационаре (указать где) - | | да | нет |
|  | Получал внутримышечные, внутривенные, подкожные инъекции в медицинских учреждениях | | да | нет |
|  | Хирургические вмешательства, травмы | | да | нет |
|  | Проводилось переливание крови или ее препаратов (где и когда) | | да | нет |
|  | Лечение или удаление зубов | | да | нет |
|  | Отмечались ли подъемы температуры без причины | | да | нет |
|  | Наличие сыпи на коже и слизистых | | да | нет |
| 1 | Сыпь носит сезонный характер | да | нет |
| 2 | Наличие этапности высыпаний | да | нет |
|  | Кашель более 7 дней | | да | нет |
|  | Рвота, жидкий стул | | да | нет |
|  | Употребление сырой воды | | да | нет |

**Ф.И.О. законного представителя**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Подпись**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Дата заполнения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Врач**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)