

CHESTIONAR ÎNAINTE DE VACCINARE ÎMPOTRIVA ÎMBOLNĂVIRII COVID-19



prenumele și numele de familie -----

temperatura corpului*

data nașterii -----

număr de telefon / e-mail -----

Prezentul chestionar îi servește medicului pentru evaluarea **stării sănătății dumneavoastră**, care ar putea avea influență asupra vaccinării dumneavoastră planificate împotriva îmbolnăvirii COVID-19.

Vă rugăm să citiți cu atenție întrebările și să răspundeți **conform realității**. În cazul în care la una dintre întrebările de mai jos răspundeți **DA**, **nu înseamnă** că nu puteți fi vaccinat/vaccinată. În caz de neclarități, luați legătura cu medicul punctului de vaccinare care vă va ajuta cu completarea chestionarului.

	DA	NU
<input type="checkbox"/> Vă simțiți în acest moment bolnav/bolnavă?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ați trecut prin boala COVID-19 sau ați avut testul PCR pozitiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ați fost deja vaccinat/vaccinată împotriva îmbolnăvirii COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ați avut vreodată o reacție alergică gravă în urma vaccinării?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Suferiți de vreo perturbare însoțită de hemoragie sau ați luat medicamente pentru diluarea sângelui?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aveți vreo perturbare serioasă a imunității?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sunteți gravidă sau alăptați?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ați absolvit în ultimele două săptămâni vreo altă vaccinare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prin semnarea prezentului chestionar confirm că nu i-am **ascuns medicului nicio informație** legată de starea sănătății mele și **înțeleg informațiile furnizate** referitoare la vaccinarea împotriva îmbolnăvirii COVID-19 inclusiv posibilele reacții adverse.

Data

Data

Semnătura celui vaccinat

Semnătura și ștampila medicului

*Se înregistrează doar în cazul în care se măsoară la punctul de vaccinare.