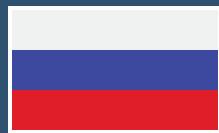


АНКЕТА ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЯ COVID-19



фамилия и имя _____

температура тела*

дата рождения _____

номер телефона / email _____

Эта анкета используется врачом для оценки факторов, касающихся Вашего **состояния здоровья**, которые могут повлиять на вашу запланированную вакцинацию от COVID-19.

Внимательно прочтите вопросы и ответьте на них **честно**. Ответ **ДА** на любой из приведённых ниже вопросов **не означает**, что Вам нельзя сделать прививку. В случае сомнений проконсультируйтесь с врачом центра вакцинации, который поможет Вам заполнить анкету.

	ДА	НЕТ
■ На данный момент Вы чувствуете себя плохо	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Вы переболели COVID-19 или получили положительный результат ПЦР-теста	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Вас уже вакцинировали от COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ У Вас ранее проявлялась тяжёлая аллергическая реакция после вакцинации	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ У Вас наблюдается нарушение свёртываемости крови или вы принимаете антикоагулянты	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ У Вас тяжёлое иммунное расстройство	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Вы беременны или кормите грудью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ За последние две недели Вам делали какие-либо другие прививки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Подписывая эту анкету, я подтверждаю, что **не скрыл(-а) от врача никакой информации** о своём состоянии здоровья и **был(-а) ознакомлен(-а)** с **предоставленной информацией** о вакцинации от COVID-19, в том числе о возможных побочных эффектах.

дата

дата

подпись вакцинированного лица

подпись и печать врача

* Указывается только при измерении в месте вакцинации.



MINISTRY OF HEALTH
OF THE CZECH REPUBLIC



CENTRAL
MANAGEMENT
TEAM
COVID-19

I 2 | 1221 HELP LINE