



QUESTIONÁRIO SOBRE VACINAÇÃO CONTRA A COVID

Apelido:

Nome:

Data de nascimento:.....

Número de segurança social:

Fez algum teste (de PCR ou de antígeno) cujo resultado tenha sido positivo nos últimos três meses?

☐ SIM

☐ NÃO

Tem febre, hoje?

☐ SIM

☐ NÃO

Tomou alguma vacina nas últimas duas semanas?
Se sim, qual:

☐ SIM

☐ NÃO

Tem histórico de alergia ou hipersensibilidade a alguma substância ou a outras vacinas?

☐ SIM

☐ NÃO

Tem algum distúrbio de coagulação (em particular, plaquetas baixas ou está sob tratamento anticoagulante)?

☐ SIM

☐ NÃO

Está grávida?

☐ SIM

☐ NÃO

Está a amamentar?

☐ SIM

☐ NÃO

Nos dias ou semanas após ter tomado a vacina, poderá, se necessário, reportar qualquer efeito secundário. Demorará apenas cerca de dez minutos, no Portal de comunicação de eventos sanitários adversos www.signalement.social-sante.gouv.fr. Poderá também comunicá-lo ao seu médico de família.

Os dados de identidade recolhidos através deste questionário serão integrados no tratamento de dados pessoais «SI Vaccin Covid» implementado em conjunto pelo Ministério da Saúde e da Solidariedade e pelo fundo nacional dos seguros de saúde e exclusivamente para a organização, acompanhamento e a gestão das campanhas de vacinação contra a Covid-19. Para mais informações sobre este tratamento e o exercício dos seus direitos, convidamo-lo a consultar os cartazes informativos disponíveis no seu centro. O questionário em papel será guardado por um período de três meses após a data da sua consulta

**Espaço reservado ao
farmacêutico**

Data:/...../.....

Assinatura

VACINAÇÃO CONTRA A COVID

Reconheço haver sido informado(a) quanto aos princípios da vacinação contra a COVID-19, sobre os benefícios esperados e sobre os possíveis riscos; e declaro meu consentimento para ser submetido(a) à vacinação contra a COVID-19.

Dia/...../..... (dia/mês/ano)

Assinatura