



COVID-19 UPITNIK ZA VAKCINISANJE

Prezime:

Ime:

Datum rođenja:

Broj socijalnog osiguranja:

Da li ste imali pozitivan test (PCR ili antigen) u poslednja tri meseca?

☐ DA

☐ NEMA

Da li ste imali temperaturu danas?

☐ DA

☐ NEMA

Da li ste primili vakcinu u poslednje dve nedelje?
Ako da, koju:

☐ DA

☐ NEMA

Imate li istoriju alergija ili preosetljivosti na određene supstance ili na druge vakcine?

☐ DA

☐ NEMA

Imate li poremećaj krvarenja?
(posebno nisku razinu trombocita ili ste na antikoagulantnoj terapiji)

☐ DA

☐ NEMA

Jeste li sada trudni?

☐ DA

☐ NEMA

Da li dojite?

☐ DA

☐ NEMA

U danima i nedeljama nakon vakcinacije, možete, ako je potrebno, prijaviti neželjeni efekat. Ovo će trajati samo oko 10 minuta na portalu za prijavljivanje nepovoljnih zdravstvenih nuspojava www.signalement.social-sante.gouv.fr. Takođe možete da razgovarate sa svojim lekarom.

Detalji identiteta prikupljeni pomoću ovog upitnika biće integrisani sa obradom ličnih podataka "SI Vaccin Covid" koju zajedno sprovode Ministère des Solidarités et de la Santé i Caisse nationale d'assurance maladie. To će biti isključivo u svrhu organizovanja, praćenja i usmeravanja kampanja vakcinacije Covid-19. Za više informacija o ovoj obradi i ostvarivanju vaših prava pogledajte obaveštenja o informacijama dostupnim u vašem centru. Kopija upitnika će biti uskladištena tri meseca nakon datuma zakazivanja

**Prostor rezervisan za
apoteکارa**

Datum:/...../.....

Potpis:

VALJA ZA POSLE CIVIDA

20/04/21 verzija

Potvrđujem da sam obavešten o principu vakcinacije protiv COVID-a 19, očekivanim koristima i mogućim rizicima, i dajem svoju saglasnost za vakcinaciju protiv COVID-a 19.

...../...../..... (navedite datum)

Potpis