



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

من تصدیق مینمایم که از اصول واکسین کوید ۱۹، فواید و خطرات احتمالی آن آگاه شدم و
همرای واکسین نمودن کوید ۱۹ موافق هستم.

امضاء

.....\.....\.....

(تاریخ را ذکر نمایید)

سؤالنامه واکسیناسیون علیه کووید ۱۹

تخلص:

اسم:

تاریخ تولد:

نمیر تأمین اجتماعی:

آیا نتیجه تست شما (انتیجین یا پی سی آر) در سه ماه گذشته مثبت بوده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا شما امروز تب دارید؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا شما در دو هفته گذشته واکسینه شده اید؟
اگر واکسینه شده اید، با کدام نوع:

آیا تا به حال دچار واکنش آلرژیک شده
با حساسیت بیش از حد نسبت به واکسین یا ماده دیگر مواجه شده اید؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا شما با اختلالات خونی دهنده مواجه هستید؟
(به خصوص پلاکت پایین یا درمان ضد انعقادی)

آیا شما حامله هستید؟ ☐ بلی ☐ خیر

آیا شما شیر می دهید؟ ☐ بلی ☐ خیر

فقط برای استفاده داکتر:

تاریخ: / /

امضاء داکتر:

شما میتوانید در روزها و هفته های بعد از واکسیناسیون، در صورت نیاز، اثرات سوء
واکسین را گزارش دهید. شما میتوانید در عرض ده دقیقه تأثیرات سوء صحنی را در
وبسایت ما گزارش دهید: www.signalement.social-sante.gouv.fr
همچنان میتوانید با داکتر خود صحبت کنید.

جزئیات شهرت که توسط این سؤالنامه جمع آوری گردیده، با پروسس معلومات
شخصی "SI Vaccin Covid" یکجا می گردد. پروسس معلومات شخصی مشترکاً
توسط وزارت همبستگی و بهداشت و صندوق بیمه سلامت ملی انجام شده است. این
کار فقط به منظور سازماندهی، نظارت و رهنمایی کمپاین های واکسیناسیون کووید ۱۹
میباشد. برای کسب معلومات در خصوص این پروسس و حقوق خودتان، لطفاً به
یادداشت های اطلاعاتی موجود در مرکز واکسیناسیون تان مراجعه کنید. نسخه چاپ
شده سؤالنامه به مدت سه ماه پس از تاریخ قرار ملاقات نگهداری می شود.



تاریخ انتشار ۸ ژانویه ۲۰۲۱