



PYETËSOR MBI VAKSINIMIN NDAJ COVID-19

Mbiemri:

Emri:

Data e lindjes:

Numri i sigurimeve shoqërore:

A keni rezultuar pozitiv (në testin e PCR-së ose atë me antigjene) gjatë tre muajve të fundit?

PO ☐

JO ☐

A keni pasur temperaturë sot?

PO ☐

JO ☐

A jeni vaksinuar gjatë dy javëve të fundit?

PO ☐

JO ☐

Nëse po, cilën vaksinë keni marrë:

PO ☐

JO ☐

A vuani nga ndonjë çrregullim të lidhur me gjakderdhjen?
(veçanërisht me numërim të ulët të pllakëzave të gjakut ose me terapi me antikoagulantë)

PO ☐

JO ☐

A jeni shtatzënë?

PO ☐

JO ☐

A jeni duke ushqyer foshnjën me gji?

PO ☐

JO ☐

Në ditët dhe javët pas vaksinimit tuaj, ju mundeni, nëse është e nevojshme, të raportoni një efekt anësor. Për këtë do të duhen vetëm 10 minuta, në portalin për raportimin e efekteve anësore mbi shëndetin www.signalement.social-sante.gouv.fr. Ju mund të flisni gjithashtu me mjekun tuaj.

Detajet e mbledhura mbi identitetin duke përdorur këtë pyetësor do të integrohen me procesimin e të dhënave personale nga "SI Vaccin Covid" të vëna në zbatim nga Ministria e Solidaritetit dhe e Shëndetësisë (Ministère des Solidarités et de la Santé) bashkë me Fondin kombëtar të sigurimit për shëndetin (Caisse nationale d'assurance maladie). Kjo do të bëhet vetëm për arsye të organizimit, vëzhgimit dhe drejtimit të fushatave për vaksinimin ndaj Covid-19. Për më shumë informacion mbi procesimin dhe ushtrimin e të drejtave tuaja, ju lutemi konsultohuni me lajmërimet e informacionit të disponueshme në qendrën tuaj. Kopja fizike e pyetësorit do të ruhet për tre muaj pas datës së takimit tuaj.

Hapësirë e ruajtur për farmacistin

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

Nënshkrimi

Unë pranoj që jam informuar për efektet e vaksinës COVID 19, të mirat e pritshme dhe rreziqet e mundshme dhe jap pëlqimin tim për vaksinimin COVID 19.

Me/...../..... (shënoni datën)

Firma