



COVID-19 AŞILAMA ANKETİ

Soyisim:

İsim:

Doğum tarihi:

Sosyal güvenlik numarası:

Son üç ayda pozitif bir test (PCR veya antijen) aldınız mı? **EVET** ☐ **HAYIR** ☐

Bugün ateşiniz çıktı mı? **EVET** ☐ **HAYIR** ☐

Son iki hafta içinde aşı oldunuz mu? **EVET** ☐ **HAYIR** ☐
Evet ise, hangi aşı:

Belirli maddeler ya da diğer aşılarla karşı herhangi bir alerji veya aşırı duyarlılık geçmişiniz var mı? **EVET** ☐ **HAYIR** ☐

Herhangi bir kanama bozukluğunuz var mı? (özellikle düşük trombositler ya da antikoagülan tedavisi) **EVET** ☐ **HAYIR** ☐

Hamile misiniz? **EVET** ☐ **HAYIR** ☐

Emziriyor musunuz? **EVET** ☐ **HAYIR** ☐

Gerekli olması durumunda, aşılamanızı takip eden günler ve haftalarda, bir yan etki bildirebilirsiniz. Olumsuz sağlık etkilerini portal üzerinden bildirmek yalnızca yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır; www.signalement.social-sante.gouv.fr. Doktorunuzla da görüşebilirsiniz.

Bu anket kullanılarak toplanan kimlik bilgileri, Ministère des Solidarités et de la Santé ve Caisse nationale d'assurance maladie tarafından ortaklaşa uygulanan "SI Vaccin Covid" kişisel veri işleme ile birleştirilecektir. Bunun amacı, yalnızca Covid-19 aşılama kampanyalarının düzenlenmesi, izlenmesi ve yönlendirilmesi olacaktır. Bilgilerin işlenmesi ve haklarınızı kullanma hakkında daha fazla bilgi için lütfen merkezinizde bulunan bilgi bildirimlerine başvurun. Anketin basılı kopyası, randevu tarihinizden sonra üç ay boyunca saklanacaktır.

Eczacı için ayrılan alan

Tarih:/...../.....

İmza:

Covid-19 aşının faydaları ve olası riskleri hakkında yeterli şekilde bilgilendirildim ve Covid-19 aşının yapılmasını onaylıyorum.

Tarih

İmza