



COVID-19 ვაქცინაციის კითხვარი

გვარი:.....

სახელი:

დაბადების თარიღი:.....

სოციალური დაცვის ნომერი:

მიგიღიათ თუ არა ბოლო სამი თვის განმავლობაში
დადებითი პასუხი PCR ან ანტიგენის ტესტებზე?

დიახ ☐

არა ☐

გაქვთ თუ არა დღეს სიცხე?

დიახ ☐

არა ☐

ჩაიტარეთ თუ არა ვაქცინაცია ბოლო ორი კვირის
განმავლობაში?

დიახ ☐

არა ☐

თუ კი, მიუთითეთ რომელი:.....

გქონიათ თუ არა ალერგია ან ჰიპერმგრძნობელობა

გარკვეული ნივთიერებების ან სხვა ვაქცინების მიმართ?

დიახ ☐

არა ☐

გაქვთ თუ არა სისხლდენასთან დაკავშირებული რაიმე
სახის დარღვევა? (თრომბოციტების დაბალი რაოდენობა,
სპეციფიკური დაავადება და ა.შ.)

დიახ ☐

არა ☐

ხართ თუ არა ორსულად?

დიახ ☐

არა ☐

ხართ თუ არა ძუძუთი კვებაზე?

დიახ ☐

არა ☐

ვაქცინაციის მომდევნო დღეებსა და კვირებში, საჭიროების შემთხვევაში,
შეგიძლიათ გვაცნობოთ არასასურველი სიმპტომების შესახებ. ამისათვის,
მხოლოდ 10 წუთი დაგჭირდებათ, რომ შესაბამის პორტალზე,
ჯანმრთელობისთვის არასასურველი სიმპტომების შესახებ, დატოვოთ
შეტყობინება: www.signalement.social-sante.gouv.fr. ასევე შეგიძლიათ გაესაუბროთ
თქვენს ექიმს.

ის პირადი ინფორმაცია, რომელიც გროვდება ამ კითხვარის გამოყენებით, ინტეგრირდება
პერსონალური მონაცემების "SI Vaccin Covid" დამუშავებაში, რომელსაც ერთობლივად
განახორციელებს Ministère des Solidarités et de la Santé და Caisse nationale d'assurance maladie.
აღნიშნული ტარდება მხოლოდ ორგანიზების, მონიტორინგისა და Covid-19-ის ვაქცინაციის
კამპანიების წარმართვის მიზნით. ინფორმაციის დამუშავებისა და თქვენი უფლებების
გამოყენების შესახებ დამატებითი ინფორმაციისთვის, გთხოვთ, გაეცნოთ თქვენს ცენტრში
არსებულ ინფორმაციულ ბროშურებს. თქვენს მიერ შევსებული კითხვარის ბეჭდური ასლი
ინახება შევსების თარიღიდან სამი თვის განმავლობაში.

ადგილი დატოვებულია
ფარმაცევტისთვის

თარიღი:/...../.....

ხელმოწერა

20/04/21 ვერსია

ვაცნადებ, რომ გავცვან ინფორმაციას COVID 19 ვაქცინაციის შესახებ, მის მოსალოდნელო
ეფექტურობაზე და შესაძლო რისკებზე და მხოლოდ ამის შემდეგ ვიძლევი თანხმობას
ვაქცინაციაზე (აგრძელებ)

...../...../..... (მიუთითეთ თარიღი)

ხელმოწერა