



CHESTIONAR PRIVIND VACCINAREA ÎMPOTRIVA VIRUSULUI COVID-19

Nume:

Prenume:

Data nașterii:

Cod asigurat:

Ați avut vreun rezultat pozitiv la un test (PCR sau antigenic)
în ultimele trei luni?

☐

DA

☐

NU

Astăzi aveți febră?

☐

DA

☐

NU

Vi s-a administrat vreun vaccin în ultimele două
săptămâni?

☐

DA

☐

NU

Dacă da, ce vaccin:.....

Aveți antecedente de alergie sau de hipersensibilitate la
anumite substanțe sau la alte vaccinuri?

☐

DA

☐

NU

Prezența tulburări hemoragice (în special nivel redus de
plachete sau un tratament anticoagulant)

☐

DA

☐

NU

Sunteți însărcinată?

☐

DA

☐

NU

Alăptați?

☐

DA

☐

NU

VACCINARE ANTI-COVID

În zilele și săptămânile următoare vaccinării, veți putea, dacă este cazul, să semnați efecte secundare. Pentru aceasta, aveți nevoie de numai zece minute, pe portalul de semnalare a evenimentelor sanitare adverse www.signalement.social-sante.gouv.fr. Puteți, de asemenea, să discutați despre aceasta cu medicul dumneavoastră.

Datele personale de identificare colectate prin intermediul acestui chestionar vor fi integrate în prelucrarea datelor cu caracter personal „SI Vaccin Covid”, realizată, în colaborare, de către Ministerul Solidarității, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Sănătate, numai în scopul organizării, supravegherii și coordonării campaniilor de vaccinare împotriva Covid-19. Pentru mai multe informații despre această prelucrare de date și despre modul în care vă puteți exercita drepturile, puteți consulta afișele de informare puse la dispoziție în centrul de vaccinare. Chestionarul pe hârtie va fi păstrat timp de trei ani de la data la care ați fost programat(ă) în centru.

Spațiu rezervat farmaciei

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

Semnătura:

Versiunea din 20/04/21

Eu recunosc ca am fost informat/a cu privire la principiul de vaccinare COVID 19, beneficiile asteptate si riscurile posibile, si imi dau consimtamantul pentru vaccinarea COVID 19.

In data de .../.../..... (indicati data)

Semnatura