



ВЪПРОСНИК ПРИ ВАКСИНИРАНЕ СРЕЩУ COVID-19

Фамилия:

Собствено име:

Дата на раждане:.....

Социалноосигурителен номер:

Имали ли сте положителен тест (PCR или антигенен) през изминалите три месеца?

ДА ☐

НЕ ☐

Днес имате ли треска?

ДА ☐

НЕ ☐

Получили ли сте ваксинация през изминалите две седмици?

Ако отговорът е „да“, каква беше тя:

ДА ☐

НЕ ☐

Имали ли сте алергии или свръхчувствителност към определени вещества или към други ваксини?

ДА ☐

НЕ ☐

Имате ли нарушения на кръвосъсирването? (особено нисък брой тромбоцити или антикоагуланта терапия.)

ДА ☐

НЕ ☐

Бременна ли сте?

ДА ☐

НЕ ☐

Кърмите ли?

ДА ☐

НЕ ☐

През дните и седмиците след ваксинирането, при необходимост, можете да съобщите за неблагоприятен ефект. Това ще Ви отнеме само около 10 минути в портала за съобщаване на неблагоприятни ефекти върху здравето: www.signalement.social-sante.gouv.fr. Можете също така да разговаряте с Вашия лекар.

Данните за самоличност, събрани с помощта на този въпросник, ще бъдат интегрирани с обработката на лични данни от „Si Vaccin Covid“, осъществявана съвместно от Ministère des Solidarités et de la Santé и Caisse nationale d'assurance maladie. Това ще бъде единствено с цел организиране, наблюдение и управление на кампаниите по ваксиниране срещу Covid-19. За повече информация относно тази обработка и упражняването на Вашите права, моля, консултирайте се с информационните известия, налични във Вашия център. Хартиеното копие на въпросника ще се съхранява в продължение на три месеца след датата на Вашия запазен час.

Поле за ползване от

фармацевт Дата::

...../...../.....

Подпис