

## استبيان التطعيم ضد كوفيد 19

الاسم الشخصي ..... الاسم العائلي: .....

تاريخ الميلاد: .....

رقم الضمان الإجتماعي: .....

هل خضعت في الأشهر الثلاثة الماضية  
بالاختبار (PCR أو مضاد للجينات)

لا (non) نعم (oui)

لديك حمى اليوم؟

لا (non) نعم (oui)

هل تلقيت تطعيمًا خلال الأسبوعين الماضيين؟  
.....:إذا كانت الإجابة بنعم أي منها؟  
لا (non) نعم (oui)

هل لديك تاريخ من الحساسية لمواد معينة أو لقاحات أخرى أو فرط ارتفاع ضغط الدم؟  
لا (non) نعم (oui)

هل تعاني من أي اضطرابات نزفية (خاصة انخفاض الصفائح الدموية أو العلاج المضاد للتجلط)؟  
لا (non) نعم (oui)

هل انت حامل؟

لا (non) نعم (oui)

هل الرضاعة الطبيعية؟

لا (non) نعم (oui)

في الأيام والأسابيع التي تلي التطعيم ، ستكون قادرًا ، إذا لزم الأمر ، على الإبلاغ عن رد فعل سلبي . يستغرق الأمر حوالي عشر دقائق فقط على البوابة

يمكنك أيضًا التحدث إلى طبيبك [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr)

"Covid" سيتم دمج بيانات الهوية التي تم جمعها عبر هذا الاستبيان في معالجة البيانات الشخصية "إذا كان لقاح يتم تنفيذه بشكل مشترك من قبل وزارة التضامن والصحة والصندوق الوطني للتأمين الصحي فقط لتنظيم ومراقبة وتجربة حملات التطعيم ضد كوفيد -19. لمزيد من المعلومات حول هذا العلاج وممارسة حقوقك ، ندعوك للرجوع إلى ملصقات المعلومات المتوفرة في مركز سيتم الاحتفاظ بالاستبيان الورقي لمدة ثلاثة أشهر بعد تاريخ موعدك.

محفظة الطبيب  
تاريخ: ..... / ..... / .....  
توقيع الطبيب:  
أقر بأنني قد أبلغت بمبدأ التطعيم ضد فيروس  
، كورونا ، والفوائد المتوقعة والمخاطر  
وأوافق على تلقي COVID19.  
تاريخ: ...../...../.....  
إمضاء