



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

АНКЕТА ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ ПРОТИВ COVID-19

Фамилия :

Имя :

Дата рождения :

Номер социального страхования:

Был ли у вас положительный тест (ПЦР или антиген) в течение последних трех месяцев?

☐ Да ☐ Нет

Была ли у Вас сегодня повышенная температура?

☐ Да ☐ Нет

Делали ли вы прививку в течение последних двух недель?

Если да, то какую:

☐ Да ☐ Нет

Были ли у Вас аллергические реакции или повышенная чувствительность к определенным препаратам или побочные реакции на вакцинации в прошлом?

☐ Да ☐ Нет

Есть ли у вас проблемы со свертыванием крови(в частности, снижение уровня тромбоцитов или антикоагулянтная терапия)?

☐ Да ☐ Нет

Беременны ли Вы?

☐ Да ☐ Нет

Кормите ли Вы в настоящее время грудью?

☐ Да ☐ Нет

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ

Дата:/...../.....

Подпись врача:



Я подтверждаю, что был проинформирован о принципе действия вакцины от COVID 19, а также об ожидаемых преимуществах и возможных рисках, и даю свое согласие на вакцинацию от COVID 19.

..../.../.... (указать дату)

Подпись