

## د کرونا کوید-۱۹ پر وړاندې پوښتنلیک واکسین

نوم: .....

لومړۍ نوم: .....

د زیریدون نېټه: .....

سوشل سیکورتي شمېره: .....

ایا تاسو په تیرو دریو میاشتو کې مثبتې ازمویښه (PCR پي سي اري يا ان antigen) ☐ هو ☐ نه درلوده؟

ایا تاسو نن تبه لرئ؟ ☐ هو ☐ نه

ایا تاسو په تیرو دوو اونیو کې واکسین ترلاسه کړي دي؟ ☐ هو ☐ نه  
که هو نو کوم یو؟ .....

ایا تاسو د حساسیت تاریخچه لرئ؟ که چیرې یې لرئ له کومو واکسینونو سره؟ ☐ هو ☐ نه

آباتاسو دویښی بی نظمۍ او دکم خونی ناروغۍ لرئ؟ که چیرې یې لرئ دخون دتقویت او درمان لپاره درمل خوري که نه؟ ☐ هو ☐ نه

ایا تاسو امېدواره ېاست؟ ☐ هو ☐ نه

ایا تاسو شپږې ورکوی؟ ☐ هو ☐ نه

د واکسینو وهلو یو څو ورځې یا اونۍ وروسته تاسو ښايي اړخېزه اغېزې ولرئ، دا یوازې د منفي روغتيايي پېښو راپور ورکولو لپاره په پورتال کې شاوخوا لس دقیقې وخت نیسي. تاسو کولی شئ [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr) خپل ډاکټر سره هم خبرې وکړئ.

د دې پوښتنلیک له لارې راټول شوي هويت ارقام به د شخصي معلوماتو پروسس کې مدغم شي. د واکسین کووید "د پیوستون او روغتیا وزارت او ملي روغتیا بیمې فنډ لخوا په ګډه پلي کیږي، او د دې ادارې لخوا، د واکسین کمپاینونو نظارت او ازمایښتي. د کرونا کووید - ۱۹ پر وړاندې د واکسین کمپاین. د دې پروسس کولو او ستاسو د حقونو کارولو په اړه د نورو معلوماتو لپاره، موږ تاسو ته بلنه درکوي چې په خپل مرکز کې موجود معلومات ولولئ او هلته مشوره وکړئ د کاغذ له لارې له پوښتنلیک به ستاسو د ټاکل کیدو نېټې وروسته د دریو میاشتو لپاره وساتل شي.

یوازې د ډاکټر لپاره

نېټه: ...../...../.....

د ډاکټر لاسلیک:

زه تصدیق کوم چې د کوید ۱۹ د واکسین له اصول، کټی او احتمالي خطراتو څخه خبر شوی يم او د کوید ۱۹ له پوښتنلیک به ستاسو د ټاکل کیدو نېټې وروسته د دریو میاشتو لپاره وساتل شي.

اکسین کولو سره موافق يم ۲۰۲۱/۰۵/۱۸ نسخه

د کرونا کوید - پر وړاندې واکسین