

АНКЕТА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВОЙ ДОЗЫ ВАКЦИНЫ
QUESTIONNAIRE PRÉ-VACCINAL : 1-re INJECTION

Фамилия/ Nom: **Дата 1-вой прививки/ Date RDV 1-re injection :**
...../...../.....

Фамилия при рождении/ Nom de jeune fille:..... **Время 1-вой прививки/ Heure RDV 1-re injection**
.....

Имя/ Prénom:
Дата рождения/ Date de naissance:/...../.....
Номер телефона/ N° de téléphone:

Ваш возраст/ Votre âge ::

У вас есть хронические заболевания ? **Да** **Нет**
Avez-vous des maladies chroniques ? Oui Non

Вы работаете в области здравоохранения ? **Да** **Нет**
Êtes-vous professionnel de santé ? Oui Non

• Вам уже делали прививку от вируса COVID ? **Да** **Нет**
Avez-vous déjà reçu une injection de vaccin contre la COVID ? Oui Non

• Вам делали другие прививки за последние 15 дней ? **Да** **Нет**
Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 15 derniers jours ? Oui Non

• Болели ли вы каким нибудь инфекционным заболеванием (насморк, бронхит, гастроэнтерит) за последние 14 дней ? **Да** **Нет**
Avez-vous eu une infection virale (rhume, bronchite, gastro-entérite) au cours des 14 derniers jours ? Oui Non

• У Вас есть аллергия на слабительные средства ? **Да** **Нет**
Avez-vous des allergies à des laxatifs ? Oui Non

• У Вас есть аллергия на прививки ? **Да** **Нет**
Avez-vous des allergies à des vaccins ? Oui Non

• У Вас есть аллергия на инъекционные препараты ? **Да** **Нет**
Avez-vous des allergies à des médicaments injectables ? Oui Non

• У Вас есть аллергия на не выявленные лекарства ? **Да** **Нет**
Avez-vous des allergies à des médicaments non identifiés ? Oui Non

• У Вас есть серьезные аллергии (требующие инъекции адреналина) ? **Да** **Нет**
Avez-vous des allergies graves (nécessité d'adrénaline) ? Oui Non

• У Вас есть многочисленные аллергии (продукты питания, лекарства)? **Да** **Нет**
Avez-vous des allergies multiples (alimentaires, médicaments) ? Oui Non

• Вы беременны (по вашему мнению) ? **Да** **Нет**
Êtes-vous enceinte (à votre connaissance) ? Oui Non

• Вы кормите грудью ? **Да** **Нет**
Allaitez-vous ? Oui Non

• Вы принимаете антикоагулянты ? **Да** **Нет**
Prenez-vous des anticoagulants ? Oui Non

• Вы болели COVID ? **Да, менее 3 месяцев назад** **Да, более 3 месяцев назад** **Нет**
Avez-vous eu la COVID ? Oui, il y a - de 3 mois Oui, il y a + de 3 mois Non

Дата/ Date: **Подпись/ Signature:**

НЕ ЗАПОЛНЯТЬ! Зона предназначена для специалистов центра вакцинации
NE PAS REMPLIR, CADRE RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DU CENTRE DE VACCINATION

P : W ZRPF NSP
CE : Oui Non
CI : Oui Non
AC : Oui Non
IA : Oui IAIC Non
DR : Oui NN Non
HV : ___ h ___ T° TA fc fpo2
HSZS : +15 '' +30 ''
SI :

Дата 2-й прививки/ Date RDV 2e injection:/...../.....