

PYETSOR PARA VAKSNIMIT: DOZE E PARE
QUESTIONNAIRE PRÉ-VACCINAL : 1-re INJECTION

Mbiemri / Nom : **Data e takimit per dozen e pare/ Date RDV 1-re injection:**/...../.....

Mbiemri i vajzërise / Nom de jeune fille : **Ora e takimit per dozen e pare/ Heure RDV 1-re injection:**

Emri / Prénom :

Datëlindja/ Date de naissance :/...../.....

N° telefonit personal / N° de téléphone :

Mosha / Votre âge :

Vuani nga ndonjë semundje kronike ? **Po** **Jo**
Avez-vous des maladies chroniques ? Oui Non

Jeni personel mjekësor ? **Po** **Jo**
Êtes-vous professionnel de santé ? Oui Non

• **A keni kryer dozën e pare te vaksines kunder COVID ?** **Po** **Jo**
Avez-vous déjà reçu une injection de vaccin contre la COVID ? Oui Non

• **A keni bërë vaksina te tjera ne 15 ditet e fundit ?** **Po** **Jo**
Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 15 derniers jours ? Oui Non

• **A keni pasur infeksione virale ne 14 ditët e fundit ?** **Po** **Jo**
Avez-vous eu une infection virale (rhume, bronchite, gastro-entérite) au cours des 14 derniers jours ? Oui Non

• **A keni alergji nga ilaçet laksative (kundër konstipimit) ?** **Po** **Jo**
Avez-vous des allergies à des laxatifs ? Oui Non

• **A keni alergji nga vaksinat ?** **Po** **Jo**
Avez-vous des allergies à des vaccins ? Oui Non

• **A keni alergji nga ilaçet me inxheksion ?** **Po** **Jo**
Avez-vous des allergies à des médicaments injectables ? Oui Non

• **A keni alergji nga ilaçe të tjera ?** **Po** **Jo**
Avez-vous des allergies à des médicaments non identifiés ? Oui Non

• **A keni alergji të renda (nevojë per adrenaline) ?** **Po** **Jo**
Avez-vous des allergies graves (nécessité d'adrénaline) ? Oui Non

• **A keni alergji të ndryshme (nga ushqimi, ilaçet) ?** **Po** **Jo**
Avez-vous des allergies multiples (alimentaires, médicaments) ? Oui Non

• **Mund të jeni shtatzane ?** **Po** **Jo**
Êtes-vous enceinte (à votre connaissance) ? Oui Non

• **A keni femijë në gji ?** **Po** **Jo**
Allaitez-vous ? Oui Non

• **A merrni ilaççe antikoagulante (kunder mpiksjes se gjakut) ?** **Po** **Jo**
Prenez-vous des anticoagulants ? Oui Non

• **A keni kaluar COVID ?** **Po, me pak se 3 muaj** **Po, mbi 3 muaj** **Jo**
Avez-vous eu la COVID ? Oui, il y a - de 3 mois Oui, il y a + de 3 mois Non

Dat/ Date:

Firma/ Signature:

MOS E MBUSHNI, VEND I REZERVUAR PER PERSONELIN MJEKSOR TE QENDRES SE VAKSNIMIT

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 :

Data e takimit per dozen e dyte/ Date RDV 2e injection :

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