

استبيان ما قبل التطعيم: اول اعادة التطعيم مرة ثانية
QUESTIONNAIRE PRÉ-VACCINAL : 1-re INJECTION

الكنية / Nom: تاريخ الموعد الاول لإعادة الحقنة / Date RDV 1re injection:/...../.....

الكنية قبل الزواج / Nom de jeune fille: ساعة الموعد الاول لإعادة الحقنة: / Heure RDV 1re injection:

الاسم / Prénom:
تاريخ الميلاد / Date de naissance:/...../.....
رقم الهاتف / N° de téléphone:

العمر / Votre âge:

هل انت مصاب بأمراض مزمنة؟
Avez-vous des maladies chroniques ? نعم لا
Oui Non
هل انت تعمل في مجال الصحة؟
Êtes-vous professionnel de santé ? نعم لا
Oui Non

هل تلقيت من قبل لقاحا ضد كورونا ؟
Avez-vous déjà reçu une injection de vaccin contre la COVID ? نعم لا
Oui Non
هل تلقيت أي نوع لقاح خلال الايام ال 15 الماضية ؟
Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 15 derniers jours ? نعم لا
Oui Non
هل انت مصاب بعدوى فيروسية (زكام، التهاب القصبات، التهاب المعدة والامعاء) خلال ال 14 يوم الماضيين؟
Avez-vous eu une infection virale (rhume, bronchite, gastro-entérite) au cours des 14 derniers jours ? نعم لا
Oui Non
هل لديك حساسية ضد ملينات الامعاء ؟
Avez-vous des allergies à des laxatifs ? نعم لا
Oui Non
هل لديك حساسية ضد اللقاحات ؟
Avez-vous des allergies à des vaccins ? نعم لا
Oui Non
هل لديك حساسية ضد الادوية التي تحقن ؟
Avez-vous des allergies à des médicaments injectables ? نعم لا
Oui Non
هل لديك حساسية من ادوية مجهولة الهوية ؟
Avez-vous des allergies à des médicaments non identifiés ? نعم لا
Oui Non
هل لديك حساسية شديدة (تحتاج للأدرينالين) ؟
Avez-vous des allergies graves (nécessité d'adrénaline) ? نعم لا
Oui Non
هل لديك حساسية متعددة من (الاغذية، الادوية) ؟
Avez-vous des allergies multiples (alimentaires, médicaments) ? نعم لا
Oui Non
هل انتي حامل (على حد علمك) ؟
Êtes-vous enceinte (à votre connaissance) ? نعم لا
Oui Non
هل ترضعين ؟
Allaitez-vous ? نعم لا
Oui Non

هل تأخذ مخفف للدم، مميع دم
Prenez-vous des anticoagulants ? نعم لا
Oui Non
هل اصبت من قبل بالكورونا ؟
Avez-vous eu la COVID ? نعم، من مدة اقل من 3 اشهر نعم، من مدة اكثر من 3 اشهر لا
Oui, il y a - de 3 mois Oui, il y a + de 3 mois Non

التاريخ / Date: التوقيع / Signature:

لا تملأ، هذه المنطقة مخصصة لموظفي مركز اللقاح
NE PAS REMPLIR, CADRE RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DU CENTRE DE VACCINATION

P :	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> ZRPF	<input type="checkbox"/> NSP
CE :	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
CI :	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
AC :	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non
IA :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> IAIC	<input type="checkbox"/> Non
DR :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> NN	<input type="checkbox"/> Non
HV :	__ h __ T° TA fc fpo2		
HSZS :	<input type="checkbox"/> +15 "	<input type="checkbox"/> +30 "	
SI :		

تاريخ موعد الابرة الثانية: / Date RDV 2e injection:/...../.....