

Въпросник преди ваксиниране : 1-ва инжекция
QUESTIONNAIRE PRÉ-VACCINAL : 1-re INJECTION

Фамилия/ Nom: Дата на среща за 1-ва инжекция/ Date RDV 1-re injection:...../...../.....

Фамилия преди брак/ Nom de jeune fille:..... Час на среща за 1-ва инжекция/ Heure RDV 1-re injection:

Име/ Prénom:.....

Дата на раждане/ Date de naissance:/...../.....

Телефонен номер/ N° de téléphone:

Години/ Votre âge :

Имате ли хронично заболяване ? Да Не
Avez-vous des maladies chroniques ? Oui Non

Специалист в здравеопазването ли сте ? Да Не
Êtes-vous professionnel de santé ? Oui Non

• Направена ли Ви е вече инжекция с ваксина срещу КОВИД ? Да Не
Avez-vous déjà reçu une injection de vaccin contre la COVID ? Oui Non

• Направена ли Ви е друг вид ваксина в последните 15 дни ? Да Не
Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 15 derniers jours ? Oui Non

• Имали ли сте вирусна инфекция (хрема, бронхит, гастроентерит) през изминалите 14 дни ? Да Не
Avez-vous eu une infection virale (rhume, bronchite, gastro-entérite) au cours des 14 derniers jours ? Oui Non

• Имате ли алергии към разхлабителни ? Да Не
Avez-vous des allergies à des laxatifs ? Oui Non

• Имате ли алергии към ваксини ? Да Не
Avez-vous des allergies à des vaccins ? Oui Non

• Имате ли алергии към инжекционни лекарства ? Да Не
Avez-vous des allergies à des médicaments injectables ? Oui Non

• Имате ли алергии към неизвестни лекарства ? Да Не
Avez-vous des allergies à des médicaments non identifiés ? Oui Non

• Имате ли тежки алергии (необходимост от адреналин) ? Да Не
Avez-vous des allergies graves (nécessité d'adrénaline) ? Oui Non

• Имате ли друг вид алергии (към храни, лекарства) ? Да Не
Avez-vous des allergies multiples (alimentaires, médicaments) ? Oui Non

• Бременна ли сте (ако Ви е известно) ? Да Не
Êtes-vous enceinte (à votre connaissance) ? Oui Non

• Кърмите ли ? Да Не
Allaitez-vous ? Oui Non

• Приемате ли лекарства за разреждане на кръвта ? Да Не
Prenez-vous des anticoagulants ? Oui Non

• Изкарали ли сте КОВОД ? Да, преди – 3 месеца Да, преди + 3 месеца Не
Avez-vous eu la COVID ? Oui, il y a - de 3 mois Oui, il y a + de 3 mois Non

Дата/ Date: Подпис/ Signature:

Да не се попълва, запазено пространство за специалистите от ваксинационния център/

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 на среща за 2-ра инжекция/ Date RDV 2e injection:/...../.....