

CHESTIONAR PRE-VACCINAL : INJECTIA 1
QUESTIONNAIRE PRÉ-VACCINAL : 1-re INJECTION

Nume/ Nom: **Data programare injectia 1/ Date RDV 1-re**
injection :/...../.....
Nume nastere/ Nom de jeune fille: **Ora programare injectia 1/ Heure RDV 1-re**
injection :

Имя/ Prenume:
Data de nastere/ Date de naissance:...../...../.....
N° de telefon/ N° de téléphone:.....

Vârsta dumneavoastra/ Votre âge :

Suferiti de boli cronice ? **Da** **Nu**
Avez-vous des maladies chroniques ? Oui Non
Sunteti personal medical ? **Da** **Nu**
Êtes-vous professionnel de santé ? Oui Non

• **Ati fost deja injectat cu o prima doza de vaccin anti-COVID ?** **Da** **Nu**
Avez-vous déjà reçu une injection de vaccin contre la COVID ? Oui Non
• **Ati fost injectat cu un altfel de vaccin in ultimele 15 zile ?** **Da** **Nu**
Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 15 derniers jours ? Oui Non
• **Ati suferit de o infectie virala (raceala, bronsita, gastroenterita) în ultimele 14 zile ?** **Da** **Nu**
Avez-vous eu une infection virale (rhume, bronchite, gastro-entérite) au cours des 14 derniers jours ? Oui Non

• **Aveti alergii la laxative ?** **Da** **Nu**
Avez-vous des allergies à des laxatifs ? Oui Non
• **Aveti alergii la vaccinuri ?** **Da** **Nu**
Avez-vous des allergies à des vaccins ? Oui Non
• **Aveti alergii la medicamente injectabile ?** **Da** **Nu**
Avez-vous des allergies à des médicaments injectables ? Oui Non
• **Aveti alergii la alte medicamente ?** **Da** **Nu**
Avez-vous des allergies à des médicaments non identifiés ? Oui Non
• **Ati avut alergii grave (care au necesitat adrenalina) ?** **Da** **Nu**
Avez-vous des allergies graves (nécessité d'adrénaline) ? Oui Non
• **Aveti alergii multiple (alimentare, la medicamente) ?** **Da** **Nu**
Avez-vous des allergies multiples (alimentaires, médicaments) ? Oui Non
• **Sunteti insarcinata (din câte stiti) ?** **Da** **Nu**
Êtes-vous enceinte (à votre connaissance) ? Oui Non
• **Alaptati ?** **Da** **Nu**
Allaitiez-vous ? Oui Non

• **Urmati un tratament cu anticoagulante ?** **Da** **Nu**
Prenez-vous des anticoagulants ? Oui Non
• **Ati avut COVID ?** **Da, în urma cu - de 3 luni** **Da, în urma cu + de 3 luni** **Nu**
Avez-vous eu la COVID ? Oui, il y a - de 3 mois Oui, il y a + de 3 mois Non

Data/ Date: **Semnătură/ Signature:**

NU SE COMPLETEAZA. CADRU REZERVAT PERSONALULUI DIN CENTRUL DE VACCINARE

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 programarii a 2a injectie/
Date RDV 2e injection :
...../...../.....