

CHESTIONAR TRIAJ VACCINARE ADULȚI

Nume și prenume: _____

Data nașterii: ____/____/____

Pentru pacienți: În vederea triajului pentru vaccinare vă rugăm să bifați răspunsurile la întrebările de mai jos.				
		DA	NU	NU ȘTIU
1	Aveți vreo problemă de sănătate în momentul de față, cum ar fi febră și/sau simptome asemănătoare cu gripa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Vă știți cu alergii la medicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dacă ați răspuns "DA" la întrebarea anterioară, se recomandă 30 de minute supraveghere post-vaccinală			
3	Aveți probleme cronice de sănătate cum ar fi boli de inimă, boli de plămâni, boli de rinichi, diabet, anemie sau alte boli de sânge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dacă ați răspuns "DA" la întrebarea anterioară, precizați ce boală / boli aveți?			
4	Aveți cancer, leucemie, HIV / SIDA sau orice altă problemă a sistemului imunitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Vă știți cu epilepsie sau alte boli neurologice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ați mai fost vaccinat anti COVID 19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dacă ați răspuns "DA" la întrebarea anterioară, precizați cu ce produs			

Completat de: _____

Data: _____ Semnatura.....