

CHESTIONAR TRIAJ VACCINARE APARTINĂTORI AI MINORULUI

Nume și prenume: _____

Data nașterii: ____/____/____

Pentru părinți/apartinători: În vederea triajului pentru vaccinare vă rugăm să bifați răspunsurile la întrebările de mai jos.				
ÎNTREBARE		DA	NU	NU ȘTIU
1	Copilul dvs are 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	Copilul dvs are 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	Copilul dvs. a avut 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, ce boală / boli are?			
4	Copilul dvs a avut cancer, leucemie, HIV / SIDA sau orice altă problemă a sistemului imunitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Copilul dvs a avut/are epilepsie sau alte boli neurologice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Copilul dvs a mai fost vaccinat împotriva COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dacă ați răspuns "DA" la întrebarea anterioară, precizați cu ce produs			

Completat de părinte/apartinător: _____

Data: _____ Semnatura.....