



DECLARAȚIE DE SĂNĂTATE - VACCINAREA

Completați o declarație de sănătate pe persoană, per doză.

Data vaccinării: _____

Cod numeric personal: _____

Nume: _____

Se completează de către persoana care urmează să se vaccineze:

- | | JA | NEJ |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Ați avut vreodată o reacție puternică, după vaccinare, care a necesitat spitalizare? | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 2. Aveți alergii care v-au creat reacții severe pentru care ați avut nevoie de spitalizare? | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 3. Aveți o tendință crescută de sângerare din cauza unei boli sau a unui medicament? | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 4. Sunteți însărcinată? | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |
| 5. V-ați mai vaccinat în ultimele 28 zile? | Da <input type="checkbox"/> | Nu <input type="checkbox"/> |