



اعلامیه بهداشت و درمان - واکسیناسیون پر کردن یک اعلامیه سلامت برای هر نفر و هر مقدار معین

تاریخ واکسیناسیون:

شماره شناسایی:

نام:

توسط شما بی پر شود که قرار است واکسینه شوید:

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|--|
| NEJ | JA | ۱. تا به حال بعد از واکسیناسیون واکنش شدیدی داشتید و به درمان بیمارستانی احتیاج داشتی؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله | |
| | | ۲. آیا آلرژی هایی وجود دارد که تا به حال واکنش های شدیدی به شما داده است که برای آن به درمان بیمارستان نیاز داشته اید؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله | |
| | | ۳. آیا تمایلات خونریزی را به دلیل بیماری یا دارو افزایش داده اید؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله | |
| | | ۴. حامله ای؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله | |
| | | ۵. آیا تا به حال در طول ۲۸ روز گذشته خودتان را واکسینه کرده اید؟ |
| <input type="checkbox"/> خیر | <input type="checkbox"/> بله | |