



## التصريح الصحي - تلقيح

يرجى ملأ التصريح الصحي لكل شخص و جرعة

تاريخ التطعيم: \_\_\_\_\_

الرقم الشخصي: \_\_\_\_\_

الاسم: \_\_\_\_\_

يجب أن تُملأ من قبل الشخص الذي سيتم تلقيحه:

NEJ JA

لا نعم

1. هل سبق لك و أن أصبت برد فعل قوي بعد التطعيم و أحتجت إلى العلاج في المستشفى؟

لا نعم

2. هل لديك حساسية تسببت في حصولك على رد فعل قوي و أحتجت الى تلقي العلاج في المستشفى؟

لا نعم

3. هل لديك ميل متزايد للنزيف بسبب المرض أو الدواء؟

لا نعم

4. هل أنت حامل؟

لا نعم

5. هل سبق لك أن قمت بتلقيح نفسك خلال فترة 28 يوماً الاخيرة؟