

# АНКЕТА ПЕРЕД ВАКЦИНАЦІЄЮ ПРОТИ ЗАХВОРЮВАННЯ НА COVID-19



ім'я та прізвище -----

температура тіла\*

дата народження -----

номер телефону/e-mail -----

Ця анкета використовується лікарем для оцінювання особливостей Вашого **стану здоров'я**, які можуть вплинути на заплановану Вами вакцинацію проти COVID-19.

Уважно прочитайте запитання та дайте **чесну** відповідь на них. Відповідь **ТАК** на будь-яке з нижченаведених запитань **не означає**, що Вам не можна зробити щеплення. У разі сумнівів проконсультуйтеся з лікарем центру вакцинації, який допоможе вам заповнити анкету.

- |   | ТАК                      | НІ                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> У цей момент Ви погано почуваетесь?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ви перехворіли на COVID-19 або мали позитивний результат ПЛР-тестування?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Вас уже вакцинували проти COVID-19?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> У Вас раніше виникала тяжка алергічна реакція після вакцинації?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> У Вас спостерігається яке-небудь порушення згортання крові або Ви вживаєте антикоагулянти? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ви страждаєте на певний важкий імунний розлад?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ви вагітні або годуєте грудьми?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Чи отримували Ви ще якісь щеплення протягом останніх двох тижнів?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Підписуючи цю анкету, я підтверджую, що **не приховав (ла) від лікаря жодної інформації** про свій стан здоров'я й **мені зрозуміла надана інформація** щодо вакцинації проти COVID-19, включно з можливими побічними ефектами.

-----  
дата

-----  
дата

-----  
підпис вакцинованої особи

-----  
підпис і печатка лікаря

\*Зазначається лише під час вимірювання в центрі вакцинації.