

إقرار صحي - التطعيم ضدّ كوفيد-19

قُم بتعبئة إقرار صحي لكل شخص وجرعة، يشمل الأشخاص من 18 عامًا فما فوق

الإسم:	الرقم الشخصي:
--------	---------------

تاريخ التطعيم: _____

قبل تطعيمك ضدّ كوفيد-19 نرجو منك الإجابة على الاسئلة التالية:

لا	نعم	
		1. هل سبق لك وعانيت من ردّ فعل تحسّسي شديد بعد تطعيم ما، وكنت بحاجة الى رعاية طبية؟
		2. هل تعاني من حساسيات سبّبت لك سابقاً ردود فعل تحسّسية شديدة وكنت بحاجة الى إثرها للحصول على رعاية طبية؟
		3. هل تعاني من ميّيل متزايد لنزف الدّم بسبب مرض أو دواء؟
		4. هل تمّ تطعيمك ضدّ شيء آخر غير كوفيد-19 خلال ال 7 يوماً الماضية؟
		5. هل تعاني من مرض في الدّم؟
		6. هل أنتِ حامل؟

يتمّ تعبئتها من قبل عيادة أو مركز التلقيح:

إسم لقاح كوفيد-19:	جرعة 1	جرعة 2
المجموعة/رقم المجموعة:		
الذراع اليمنى	الذراع اليسرى	موضع آخر محتمل لأخذ الجرعة:
التعليق في حال وجوده:		
أسم الشخص الذي قام بالتطعيم:		الامضاء:
مانح الرعاية:		العيادة/الوحدة
مُسجّل في اللقاح الذي أخذته:		