

## اظهار نامه صحت – واکسیناسیون ضد کووید-19

برای هر شخص یک عدد اظهار نامه خانه پوری نمایش دهید، این اظهار نامه برای اشخاصی است که عمریشان 18 یا بیشتر از آن باشد.

اسم:	شماره شناسایی:
------	----------------

تاریخ واکسیناسیون: \_\_\_\_\_

از شما تقاضا میکنیم که قبل از گرفتن واکسین ضد کووید-19 لطفاً سوالات ذیل را جواب دهید:

نخیر	بلی	
		1. آیا قبلاً کدام وقت بعد از تزریق واکسین شکار یک عکس العمل جدی شده اید، که در نتیجه آن نیاز به مراقبت صحتی پیدا کرده باشید؟
		2. آیا شما کدام نوع حساسیت دارید که کدام وقت شما را مواجه به یک عکس العمل جدی کرده باشد، و در نتیجه آن شما نیاز به مراقبت صحتی پیدا کرده باشید؟
		3. آیا به علت کدام مریضی یا دوا گرایش خونریزی تان زیاد شده است؟
		4. آیا در 7 روز آخر بدون واکسین ضد کووید-19 کدام واکسینی دیگری را گرفته اید؟
		5. آیا به عفونت خون مبتلا هستید؟
		6. آیا شما حامله هستید؟

از طرف پذیرش واکسیناسیون خانه پوری میگردد:

اسم واکسین ضد کووید-19:		دوز 1		دوز 2	
تعداد دسته/تعداد:					
راست		چپ		یک محل دیگر برای مدیریت:	
نظر احتمالی:					
اسم واکسین دهنده:		امضا:			
مراقبت دهنده:		پذیرش/بخش			
در Mitt Vaccin i رجستر شد					