

اظهارنامه سلامتی - واکسیناسیون علیه covid-19

برای هر نفر و هر دوز واکسیناسیون یک اظهارنامه سلامتی پر کنید، این امر در مورد افراد ۱۸ سال و بالاتر صدق می‌کند

نام و نام خانوادگی:	شماره شناسایی شخصی:
---------------------	---------------------

تاریخ واکسیناسیون: _____

ما از شما درخواست می‌کنیم در آستانه واکسیناسیون خود علیه covid19 به پرسش‌های زیر پاسخ دهید:

نه	بله	
		1. آیا تاکنون پیش آمده که بعد از انجام واکسیناسیون واکنش‌های شدیدی نشان داده و نیاز به دریافت خدمات درمانی بیمارستانی داشته باشید؟
		2. آیا آلرژی‌هایی دارید که زمانی موجب بوجود آمدن واکنش‌های شدیدی در شما شده که نیاز به دریافت خدمات درمانی بیمارستان داشته باشید؟
		3. آیا احتمال خونریزی در شما بدلیل بیماری یا دارو بصورتی افزایش یافته می‌باشد؟
		4. آیا ظرف 7 روز اخیر واکسیناسیون دیگری غیر از واکسن علیه covid-19 دریافت نموده اید؟
		5. آیا نوعی از آلودگی خونی دارید؟
		6. آیا باردارید؟

این بخش توسط مرکز واکسیناسیون پر می‌شود:

نام واکسن covid-19	دوز 1	دوز 2
Batch/lotnummer:		
بازوی راست	بازوی چپ	محل احتمالی دیگری برای ثبت:
نظرات احتمالی:		
نام کارمند تزریق کننده واکسن:	امضاء:	
ارائه دهنده خدمات درمانی:	مرکز درمانی/ بخش پذیرش	
ثبت شده در Mitt Vaccin		