



TERVEYSILMOITUS - ROKOTUS

Täytä yksi terveysilmoitus henkilöö ja annosta kohden.

Rokotuspäivä: _____

Henkilönumero: _____

Nimi: _____

Rokotettava täyttää:	JA	NEJ
1. Oletko koskaan saanut voimakasta reaktiota rokotuksen jälkeen ja tarvinnut sairaalahoitoa?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
2. Onko sinulla allergioita, jotka ovat aiheuttaneet sinulle vakavia, sairaalahoitoa vaativia reaktioita?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
3. Onko sinulla lisääntynyt verenvuototaipumus sairauden tai lääkityksen vuoksi?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
4. Oletko raskaana?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>
5. Oletko saanut rokotusta viimeisen 28 päivän aikana?	Kyllä <input type="checkbox"/>	Ei <input type="checkbox"/>