



ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я - ВАКЦИНАЦІЯ

Заповніть одну декларацію про стан здоров'я на кожну людину і дозу.

Дата вакцинації: _____

Персональний номер: _____

Ім'я та прізвище: _____

Заповнюється особою, що вакцинується:

- | | JA | NEJ |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. У вас колись була сильна реакція після вакцинації, яка вимагала звернення у лікарню? | Так <input type="checkbox"/> | Ні <input type="checkbox"/> |
| 2. У вас є алергія, яка раніше викликала сильні реакції, через які вам доводилось звертатись у лікарню? | Так <input type="checkbox"/> | Ні <input type="checkbox"/> |
| 3. У вас є підвищена схильність до кровотечі через хворобу або ліки? | Так <input type="checkbox"/> | Ні <input type="checkbox"/> |
| 4. Ви вагітні? | Так <input type="checkbox"/> | Ні <input type="checkbox"/> |
| 5. Ви вакцинувались протягом останніх 28 днів? | Так <input type="checkbox"/> | Ні <input type="checkbox"/> |