



اظهارنامهٔ صحی - واکسین

برای هر نفر و هر مقدار/ دوز واکسین یک اظهارنامهٔ صحی را خانه پری

کنید

تاریخ تطبیق و واکسین: _____

شمارهٔ شناسایی: _____

اسم: _____

توسط شما که قرار است واکسین شوید، خانه پری می گردد:

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NEJ | JA | ۱. آیا کدام بار چنین واقع شده است که بعد از تطبیق واکسین دچار حساسیت/واکنش شدید شده باشید و نیازمند مراقبت های درمانی شده باشید؟ |
| <input type="checkbox"/> نخبیر | <input type="checkbox"/> بلی | |
| | | ۲. آیا شما حساسیت/الرژی دارید که باعث ایجاد واکنش های شدید نزد شما شده باشد طوری که شما از بابت آن نیازمند مراقبت های درمانی بوده باشید؟ |
| <input type="checkbox"/> نخبیر | <input type="checkbox"/> بلی | |
| | | ۳. آیا شما به دلیل مریضی یا خوردن دوا دارای تمایل شدید به خونریزی هستید؟ |
| <input type="checkbox"/> نخبیر | <input type="checkbox"/> بلی | |
| | | ۴. آیا شما حامله هستید؟ |
| <input type="checkbox"/> نخبیر | <input type="checkbox"/> بلی | |
| | | ۵. آیا در جریان ۲۸ روز اخیر خود را واکسین کرده اید؟ |
| <input type="checkbox"/> نخبیر | <input type="checkbox"/> بلی | |