



DEKLARATË SHËNDETËSORE - VAKSINIMI

Plotësoje një deklaratë shëndetësore për person dhe dozë.

Data e vaksinimi: _____

Numri personal: _____

Emri dhe mbiemri: _____

Plotësohet nga personi që e mer vaksinën:

- | | J A | NEJ |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. A ke pësuar ndonjëherë reaksion të fortë pas një një vaksinimi dhe ke pasur nevojë për mjekim në spital? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 2. A ke pasur alergji që ndonjëherë të kanë shkaktuar reaksione të fuqishme për të cilat ke pasur nevojë mjekim në spital? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 3. A ke prirje për të derdhur gjak më shumë, për shkak të ndonjë sëmundje apo ilaçi? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 4. A je shtatëzënëi? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |
| 5. A je vaksinuar ndonjëherë gjatë këtyre 28 ditëve të fundit? | Po <input type="checkbox"/> | Jo <input type="checkbox"/> |