



إستبيان حول التطعيم ضد فيروس كوفيد-19

إسم العائلة:

الإسم الأول:

تاريخ الميلاد:

رقم التأمين الإجتماعي:

هل تم إختبارك إيجابيا (إختبار PCR أو إختبار أجسام مضادة) خلال الثلاثة أشهر السابقة ؟

نعم لا

هل تشعر بأعراض حمي (ارتفاع في درجة حرارتك) اليوم ؟

نعم لا

هل تلقيت تطعيم في خلال الإسبوعين الماضيين ؟

نعم لا

في حالة نعم أذكر نوع التطعيم:

هل يوجد لديك تاريخ من الحساسية أو فرط الحساسية لمواد معينة أو لقاحات أخرى ؟

نعم لا

هل تعاني من أي اضطرابات نزفية ؟ (خاصة انخفاض الصفائح الدموية أو العلاج المضاد للتجلط)

نعم لا

هل يوجد حمل حاليا ؟

نعم لا

هل تقومين حاليا بالرضاعة الطبيعية ؟

نعم لا

خاص فقط بالطاقم الطبي

التاريخ:/...../.....

إمضاء الطاقم الطبي:

