



پرسشنامه واکسیناسیون علیه کوفیت 19

تخلص :

اسم :

تاریخ تولد :

نمبر بیمه کارت صحت :

ایا قبلا تست (پثخ یا انتی ژینیک) شده اید؟ ایام مثبت بوده است
در طی سه ماه اخیر؟

امروز تب دارید؟ بلی نخیر

ایا در این جریان این دو هفته اخیر واکسین شده اید؟
اگر تزریق شده اید کدام نوع اش؟
.....

بلی نخیر

ایا قبلا حساسیت در مقابل کدام واکسین داشته اید؟ و یا اینکه بسیار
حساس هستید در مقابل همه واکسین ها؟

بلی نخیر

ایا اختلالات خونریزی دارید؟ یا اینکه کم خون هستید و یا دواى ضد کم
خونی استفاده میکنید؟

بلی نخیر

شما باردار یا اینکه حمل دارید؟ بلی نخیر

ایا شما شیر میدهید؟ بلی نخیر

فقط برای دکتر

تاریخ :/...../.....

امضا داکتر :