



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

АНКЕТА ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ COVID-19

Фамилия :

Имя :

Дата рождения :

Номер социального страхования:

Был ли у вас положительный тест (ПЦР или антиген) в течение последних трех месяцев?

Да Нет

Была ли у Вас сегодня повышенная температура?

Да Нет

Делали ли вы прививку в течение последних двух недель?
Если да, то какую:

Да Нет

Были ли у Вас аллергические реакции или повышенная чувствительность к определенным препаратам или побочные реакции на вакцинации в прошлом?

Да Нет

Есть ли у вас нарушения кровообращения (в частности, снижение уровня тромбоцитов или антикоагулянтная терапия)?

Да Нет

Беременны ли Вы?

Да Нет

Кормите ли Вы в настоящее время грудью?

Да Нет

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ

Дата:/...../.....

Подпись врача:

