



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

Liberté
Égalité
Fraternité

د واکسین پوښتن نامه د کوفیت - 19 -

نوم :

لومړی نوم :

د زېږېدو نېټه :

د ټولنیز صحتی شمېره :

ایا تاسو په تیرو دریو میاشتو کې مثبت وه په کوفیت کې؟ ایا تاسو د
(انټی ژینیک یا پسخ ازموینه درلوده؟) نه هو

ایا تاسو نن تبه لری؟ نه هو

ایا تاسو په تیرو دوو اونیو کې واکسین تر لاسه کری دی؟ نه هو
که هو کومه واکسین؟

ایا تاسو د حساسیت تاریخچه لری؟ که چیری لری له کومه واکسیونو
سر ه؟ نه هو

ایا تاسو دوینی بی نظمی لری او دکم خونی ناروغی لری؟ نه هو
که چیری لری دخون د تقویت او درمان لپاره دارو خوری او
که نه؟

ایا ته امیدواره یی؟ نه هو

ایا ته شیدی ورکوی؟ نه هو

یوازی د ډاکتر لپاره:

نېټه:/...../.....

د ډاکتر لاسلیک:

