

CHESTIONAR TRIAJ VACCINARE ADULȚI

Nume și prenume: _____

Data nașterii: _____

Pentru pacienți: În vederea triajului pentru vaccinare vă rugăm să bifați
răspunsurile la întrebările de mai jos.

Nr.	ÎNTREBARE	DA	NU	NU ȘTIU
1	Aveți vreo problemă de sănătate în momentul de față?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ați avut vreun episod febril, asemănător cu gripa, în ultimele 14 zile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Vă știți cu alergii la alimente sau medicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ați avut vreodată vreo reacție gravă după ceți fost vaccinat/ă?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Aveți probleme cronice de sănătate cum ar fi boli de inimă, boli de plămâni, boli de rinichi, diabet, anemie sau alte boli de sânge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Dacă ați răspuns „DA” la întrebarea anterioară. Ce boală/ boli?			
7	Aveți cancer, leucemie, HIV/SIDA sau orice altă problemă a sistemului imunitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vă știți cu epilepsie sau alte bolineurologice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	În ultimele 3 luni, ați luat medicamente care vă slăbesc sistemul imunitar, cum ar fi cortizon, prednison sau alți steroizi, medicamente anticanceroase sau ați avut tratamente sau radiații?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	În ultimul an, ați primit transfuzie de sânge sau produse din sânge, vi s-a administrat imunoglobulină sau un medicament antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Pentru femei: Sunteți gravidă sau există șansa să rămâneți gravidă în cursul lunii următoare? Alăptați în prezent?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Ați mai fost vaccinat împotriva COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dacă „DA”, precizați: Cu ce produs?..... Data vaccinării.....			

Completat de: _____

Data: _____ Semnătură: _____