



ДЕКЛАРАЦИЯ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ - ВАКЦИНАЦИЯ

Заполните декларацию о состоянии здоровья на каждого человека и каждую дозу вакцины в отдельности.

Дата вакцинации: _____

Личный идентификационный номер: _____

Имя и фамилия: _____

Заполняется получающим прививку:

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Наблюдалась ли у вас когда-либо сильная реакция на вакцинацию, когда вам была необходима медицинская помощь в больнице? | JA | NEJ |
| | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 2. Есть ли у вас аллергия, которая когда-либо выражалась бы в сильной аллергической реакции, по причине чего вам была необходима медицинская помощь в больнице? | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 3. Имеется ли у вас повышенная склонность к кровотечению по причине болезни или какого-либо лекарства? | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 4. Вы беременны? | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 5. Получали ли вы какие-либо прививки на протяжении последних 28 дней? | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |