Форма самодекларації для тих, кому запропонували вакцину проти коронавірусу

Перед вакцинацією заповніть форму та візьміть її з собою до вакцинаційного центру. **Повідомте, будь ласка, медичного працівника, якщо ви вже попередньо отримали дозу (або декілька доз) вакцини проти коронавірусної інфекції та про наявність у вас ішемічної хвороби серця.**

Прізвище, ім'я:
Дата народження:
Підпис:

Не з'являйтеся на вакцинацію та якомога швидше повідомте медичного працівника, якщо у вас є симптоми застуди або температура вище 38 °C в день вакцинації.

Лікар/медичний працівник повинен запропонувати план подальшої вакцинації, якщо ви відповісте ТАК на будь-яке з наступних запитань:

	Так	Ні
Чи були ви **вакциновані іншою вакциною** за останні 7 днів?		
Чи ви хворіли на **коронавірусну хворобу** менше 3-х тижнів тому?		
Чи був у вас **мультиорганний запальний синдром (MIS) після коронавірусної хвороби**?		
У вас є **сильне зниження імунної системи**?		
У вас є **гемофілія**?		
У вас є **захворювання мастоцитів (тучних клітин)**?		
Чи була у вас **алергічна реакція** на цю вакцину або її компоненти раніше?		
Чи була у вас раніше важка (небезпечна для життя) **алергічна реакція** на інші вакцини, продукти харчування, ліки або щось інше?		
Ви отримували принаймні 2 курси лікування кортизоном протягом останнього року **через астму** (або чи були ви госпіталізовані протягом останнього року **через астму**)?		
Чи були у вас принаймні 3 з наведених симптомів через **астму** протягом останніх 4 тижнів: • Денні симптоми частіше двох разів на тиждень • Прокидання вночі • Потреба в ліках від нападу більш ніж два рази на тиждень • Обмеження фізичної активності		
Чи було у вас **запалення серця (міокардит/перикардит)** після вакцинації від коронавірусу?		
Чи були у вас **розлади менструального циклу, що мали затяжний характер або потребували лікування** після вакцинації від коронавірусу?		

Заповнюється медичним працівником, якщо вакцинація не задокументована одразу в EPJ / SYSVAK:

Дата і час	
Назва препарату/вакцини:	
Номер партії / лоту:	
Причина вакцинації: 1. Пріоритетна група 2. Медичний персонал 3. Інше	
Ім’я медичного працівника, що вакцинує (друкованими літерами):	