

## Анкета-заявление для тех, кому была предложена вакцина против коронавируса

Мы просим вас предварительно заполнить эту анкету и взять ее с собой на вакцинацию. **Сообщите вакцинатору о предыдущих дозах коронавакцины и о том, переболели ли вы коронавирусной болезнью.**

Фамилия, имя:
Национальный идентификационный номер (11 цифр):
Подпись:

**Не приходите** на вакцинацию, и сообщите об этом как можно скорее, если в день вакцинации у вас имеются симптомы простуды или температура выше 38° С.

**Ваш врач / медицинский работник должен составить план дальнейшей программы вакцинации, если вы ответите ДА на некоторые из следующих вопросов:**

	Да	Нет
Были ли вы <b>вакцинированы какой-либо другой вакциной</b> в течение последних 7 дней?		
Переболели ли вы <b>коронавирусной болезнью</b> менее 3 недель назад?		
Наблюдался ли у вас <b>мультисистемный воспалительный синдром (MIS) после COVID-19?</b>		
Ваша <b>иммунная система сильно ослаблена?</b>		
Вы страдаете <b>гемофилией?</b>		
Вы страдаете <b>мастоцитозом?</b>		
Наблюдалась ли у вас ранее <b>аллергическая реакция на эту вакцину</b> или на ее ингредиенты?		
Наблюдалась ли у вас ранее серьезная (опасная для жизни) <b>аллергическая реакция</b> на другие вакцины, продукты питания, лекарства или другие вещества?		
Прошли ли вы в течение последнего года не менее 2 курсов лечения кортикостероидами или лечились в больнице по причине <b>астмы?</b>		
Наблюдалась ли у вас по причине <b>астмы</b> по крайней мере 3 из нижеперечисленных симптомов в течение последних 4 недель? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Симптомы в дневное время чаще 2 раз в неделю</li> <li>• Пробуждения по ночам</li> <li>• Потребность в лекарствах против приступов более 2 раз в неделю</li> <li>• Ограничение физической активности</li> </ul>		
Было ли у вас <b>воспаление сердечной мышцы (миокардит / перикардит)</b> после прививки от коронавируса?		
Были ли у вас <b>продолжительные или требующие лечения нарушения менструального цикла</b> после вакцинации против коронавируса?		

Заполняется вакцинатором, если вакцинация не будет немедленно задокументирована в EPJ / SYSVAK:

Дата и время	
Название препарата/ вакцины:	
Номер партии/ Номер лота:	

Причина вакцинации: 1. Приоритетная группа 2. Медицинские работники 3. Другое	
Имя вакциниатора (печатными буквами):	