

АНКЕТА ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ – для заполнения во время записи на прием

ВНИМАНИЕ : в настоящее время вакцинация от COVID-19 не разрешена для детей и не рекомендована для беременных и кормящих женщин. В качестве меры предосторожности рекомендуется не планировать беременность в течение 2 месяцев после введения 2-й дозы вакцины.

Если Вы страдаете нижеперечисленными заболеваниями, свяжитесь с Вашим лечащим врачом перед записью на прием, затем отметьте соответствующий/-ие пункт(ы):

- Тяжелые побочные эффекты после вакцинации
- Рак, лейкемия, ВИЧ / СПИД или значительное снижение иммунной защиты
- Другие заболевания иммунной системы (ревматоидный полиартрит, болезнь Крона, псориаз, иное аутоиммунное заболевание)
- Нарушения коагуляции или медикаментозное лечение с целью разжижения крови (антикоагулянты кроме аспирина)

Следующая информация запрашивается в ознакомительных целях. Она имеет значение для определения эффективности вакцинации для некоторых категорий населения.

* Вес

* Рост

* У Вас был положительный тест на COVID-19 с начала пандемии :

Да

Нет

Если да, приблизительная дата:

месяц

год

При выборе даты Вашей вакцинации убедитесь в том, что Вы не были вакцинированы от другого заболевания (напр., столбняка, гриппа) в течение 2 предыдущих недель.

Месяцы	Janvier	январь	Juillet	июль
	Février	февраль	Août	август
	Mars	март	Septembre	сентябрь
	Avril	апрель	Octobre	октябрь
	Mai	май	Novembre	ноябрь
	Juin	июнь	Décembre	декабрь