



АНКЕТА ПО ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19

Фамилия : _____

Имя : _____

Дата рождения : _____

Номер социального страхования :

Был ли у вас положительный результат теста (ПЦР-тест или тест на антиген) менее двух месяцев назад? Да Нет

Проходили ли вы лечение с помощью моноклональных антител против Covid-19 в течение последних двух месяцев? Да Нет

У Вас сегодня была повышенная температура? Да Нет

Есть ли у вас в анамнезе аллергия на определенные вещества? Да Нет

Был ли у вас случаи миокардита или перикардита? Да Нет

Вы принимаете антикоагулянты? Наблюдается ли у вас пониженный уровень тромбоцитов? У вас когда-нибудь был синдром капиллярной утечки? Да Нет

Наблюдался ли у вашего ребенка детский мультисистемный воспалительный синдром после Covid-19 (для детей 12 лет и старше)? Да Нет

Были ли у вас серьезные побочные реакции после первой прививки от Covid-19 (если Вы ее получили)? Да Нет

Личные данные, собранные с помощью этой анкеты, будут интегрированы в обработку персональных данных «SI Vaccin Covid», осуществляемую совместно Министерством здравоохранения и Национальным фондом медицинского страхования, и будут использоваться только для организации, мониторинга и управления кампаниями вакцинации против Covid-19. Для получения дополнительной информации об этой обработке, о контактных данных ответственных за эту обработку, о получателях или категориях получателей услуги, о периоде хранения данных, а также возможности подачи апелляции в CNIL, мы приглашаем вас ознакомиться с полным текстом уведомлений GDPR на сайте ameli.fr или отсканировав QR-код. Эту анкету в бумажном виде м



Для заполнения врачом

Дата : ____/____/____

Подпись врача :



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité



TOUS VACCINÉS, TOUS PROTÉGÉS

АНКЕТА ПО РЕВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19

Фамилия : _____

Имя : _____

Дата рождения : _____

Номер социального страхования :

Сколько доз вакцины против Covid-19 вы уже получили ? _____

Когда вам вводили последнюю дозу вакцины? _____

Были ли Вы инфицированы Covid-19 после вакцинации ?

Да Нет

Если да, то сколько времени прошло после вакцинации ? _____

Наблюдались ли у Вас какие-либо серьезные побочные реакции после первой прививки?

Да Нет

Личные данные, собранные с помощью этой анкеты, будут интегрированы в обработку персональных данных «SI Vaccin Covid», осуществляемую совместно Министерством здравоохранения и Национальным фондом медицинского страхования, и будут использоваться только для организации, мониторинга и управления кампаниями вакцинации против Covid-19. Для получения дополнительной информации об этой обработке, о контактных данных ответственных за эту обработку, о получателях или категориях получателей услуги, о периоде хранения данных, а также возможности подачи апелляции в CNIL, мы приглашаем вас ознакомиться с полным текстом уведомлений GDPR на сайте ameli.fr или отсканировав QR-код. Эту анкету в бумажном виде можно хранить не

Для заполнения врачом

Дата : ____/____/____

Подпись врача :

