



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité



TOUS VACCINÉS, TOUS PROTÉGÉS

АНКЕТА ЩОДО ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ COVID-19

Прі з вище: _____

І м'я: _____

Дата народження: _____

Номер соціального страхування: _____

Чи був у вас позитивний результат тесту (ПЛР-тесту або тесту на антиген) менше двох місяців тому? Так Ні

Чи проходили ви лікування за допомогою моноклональних антитіл проти Covid-19 протягом останніх двох місяців? Так Ні

У вас сьогодні була підвищена температура? Так Ні

Чи є у вас в анамнезі алергія на певні речовини? Так Ні

Чи були у вас нещодавно випадки міокардиту чи перикардиту? Так Ні

Ви приймаєте антикоагулянти? Чи спостерігається у вас знижений рівень тромбоцитів? У вас колись був синдром капілярного витoku? Так Ні

Чи спостерігався у вашої дитини дитячий мультисистемний запальний синдром після Covid-19 (для дітей віком від 12 років)? Так Ні

Чи мали ви серйозні побічні реакції після першого щеплення від Covid-19, якщо його отримували? Так Ні

VACCINATION ANTI-COVID

Особисті дані, зібрані за допомогою цієї анкети, будуть інтегровані в обробку персональних даних «SI Vaccin Covid», що здійснюється спільно Міністерством охорони здоров'я та Національним фондом медичного страхування, і будуть використовуватись тільки для організації, моніторингу та управління кампаніями вакцинації проти Covid-19. Для отримання додаткової інформації про цю обробку, про контактні дані відповідальних за цю обробку, про одержувачів або категорії одержувачів послуги, про період зберігання даних, а також можливість подання апеляції до CNIL, ми запрошуємо вас ознайомитися з повним текстом повідомлень GDPR на сайті ameli.fr або відсканувавши QR-код. Цю анкету в паперовому вигляді можна зберігати не більше трьох місяців після дати зустрічі.



Редакція від 14.12.21



Для заповнення лікарем

Дата: ____/____/____

Підпис лікаря:



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité



АНКЕТА З РЕВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ COVID-19

Прізвище: _____

Ім'я: _____

Дата народження: _____

Номер соціального страхування: _____

Скільки доз вакцини проти Covid-19 ви вже отримали? _____

Коли ви отримували останню дозу вакцини? _____

Чи були ви інфіковані Covid-19 після вакцинації?

Так Ні

Якщо так, то скільки часу пройшло після вакцинації? _____

Чи спостерігалися у вас серйозні побічні реакції після першого щеплення?

Так Ні

Особисті дані, зібрані за допомогою цієї анкети, будуть інтегровані в обробку персональних даних «SI Vaccin Covid», що здійснюється спільно Міністерством охорони здоров'я та Національним фондом медичного страхування, і будуть використовуватись тільки для організації, моніторингу та управління кампаніями вакцинації проти Covid-19. Для отримання додаткової інформації про цю обробку, про контактні дані відповідальних за цю обробку, про одержувачів або категорії одержувачів послуги, про період зберігання даних, а також можливість подання апеляції до CNIL, ми запрошуємо вас ознайомитися з повним текстом повідомлень GDPR на сайті ameli.fr або відсканувавши QR-код. Цю анкету в паперовому вигляді можна зберігати не більше трьох місяців після дати зустрічі.

Для заповнення лікарем

Дата: ____/____/____

Підпис лікаря:

