

BẢNG CÂU HỎI TRƯỚC KHI TIÊM CHỦNG CHỐNG NHIỄM COVID

Họ và tên

Nhiệt độ cơ thể*

Ngày tháng năm sinh

Số điện thoại / email

Bảng câu hỏi này dành cho bác sĩ để đánh giá về **tình trạng y tế** của bạn, có thể ảnh hưởng đến việc tiêm chủng COVID-19 theo kế hoạch của bạn.

Bạn hãy đọc thật kỹ và trả lời **trung thực** các câu hỏi. Nếu bạn trả lời **CÓ** ở câu hỏi nào đó, **không có nghĩa** là bạn sẽ không được tiêm chủng. Trong trường hợp bạn không rõ về câu hỏi hãy nhờ đến sự giúp đỡ của bác sĩ tại điểm tiêm chủng.

	CÓ	KHÔNG
<input type="checkbox"/> Bạn có đang cảm thấy ốm không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn đã từng nhiễm COVID-19 hoặc có xét nghiệm PCR dương tính?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn đã từng tiêm chủng ngừa COVID-19 chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn đã bao giờ bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng sau khi tiêm chủng chưa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn có bị rối loạn chảy máu hay bạn đang dùng thuốc làm loãng máu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn có bị rối loạn miễn dịch nghiêm trọng không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn đang mang thai hoặc đang cho con bú?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bạn có tiêm chủng bất kỳ loại vaccine nào khác trong hai tuần qua không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bằng cách ký tên vào bảng câu hỏi này, tôi xác nhận rằng tôi **không giấu bác sĩ bất kỳ thông tin** nào về tình trạng sức khỏe của mình và tôi hiểu **thông tin được cung cấp** về việc tiêm chủng COVID-19, bao gồm cả các tác dụng phụ có thể xảy ra.

ngày

ngày

chữ ký người tiêm chủng

chữ ký và dấu của bác sĩ

*Trong trường hợp tại địa điểm tiêm chủng đo nhiệt độ.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



CENTRÁLNÍ
ŘÍDÍCÍ TÝM
COVID-19

LINKA
1221