

Anexa nr. 1

Chestionar triaj vaccinare adulți

CHESTIONAR TRIAJ VACCINARE ADULȚI

Nume și prenume: \_\_\_\_\_

Data nașterii: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pentru pacienți: În vederea triajului pentru vaccinare vă rugăm să bifați răspunsurile la întrebările de mai jos.				
		DA	NU	NU ȘTIU
1	Aveți vreo problemă de sănătate în momentul de față?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ați avut vreun episod febril, asemănător cu gripa, în ultimele 14 zile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Vă știți cu alergii la alimente sau medicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ați avut vreodată vreo reacție gravă după ce ați fost vaccinat/ă?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Aveți probleme cronice de sănătate cum ar fi boli de inimă, boli de plămâni, boli de rinichi, diabet, anemie sau alte boli de sânge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Dacă ați răspuns "DA" la întrebarea anterioară, ce boală / boli aveți?			
7	Aveți cancer, leucemie, HIV / SIDA sau orice altă problemă a sistemului imunitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vă știți cu epilepsie sau alte boli neurologice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	În ultimele 3 luni, ați luat medicamente care vă slăbesc sistemul imunitar, cum ar fi cortizon, prednison sau alți steroizi, medicamente anticanceroase sau ați avut tratamente cu radiatii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	În ultimul an, ați primit transfuzie de sânge sau produse din sânge, vi s-a administrat imunoglobulină sau un medicament antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Pentru femei: Sunteți gravidă sau există șansa să rămâneți gravidă în cursul lunii următoare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alăptați în prezent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ați mai făcut vreun vaccin în ultimele 4 săptămâni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dacă "DA", precizați care: .....			
13	Ați fost infectat cu virusul SARS-CoV-2 înainte de vaccinare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dacă "DA", perioada de la data externării/ieșirii din izolare este de peste 28 de zile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Completat de: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

*Formular consimțământ informat*

Formular de exprimare a acordului pacientului informat

**ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT**

Datele pacientului	Numele și prenumele:	
	CNP:	
	Domiciliul/reședința:	
Actul medical (descriere): Vaccinare anti – SARS- CoV 2 cu vaccin .....		

Subsemnatul, .....(numele și prenumele pacientului / reprezentantului legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către ..... (numele și prenumele medicului / asistentului medical), că am prezentat medicului/ asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

Semnatura .....	Data: ...../...../.....
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical .....	