

## 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:<br>Sunteți gravidă sau există șansa să rămâneți gravidă în cursul lunii următoare?<br>Alăptați în prezent?                                                                     | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 12                                                                                                                | Ați mai fost vaccinat împotriva COVID -19 ?                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             | <input type="checkbox"/>                             |
|                                                                                                                   | Dacă DA precizați: cu ce produs ? _____<br>data vaccinării _____                                                                                                                             |                                                      |                                                      |                                                      |

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

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