

CHESTIONAR TRIAJ VACCINARE MINORI

Nume și prenume minor: _____

Data nașterii: _____

Pentru părinți/tutore legal: În vederea triajului pentru vaccinare vă rugăm să bifați răspunsurile la întrebările de mai jos.

Nr.	ÎNTREBARE	DA	NU	NU ȘTIU
1	Copilul dvs. are vreo problemă de sănătate în momentul de față?			
2	Copilul dvs. a avut vreun episod febril, asemănător cu gripa, în ultimele 14 zile?			
3	Copilul dvs. are alergii la alimente sau medicamente?			
4	Copilul dvs. a avut vreodată vreo reacție gravă după ce a fost vaccinat?			
5	Copilul dvs. a avut/are probleme cronice de sănătate, cum ar fi: boli de inimă, boli de plămâni, boli de rinichi, diabet, anemie sau alte boli de sânge?			
6	Dacă ați răspuns „DA” la întrebarea anterioară. Ce boală/boli?			
7	Copilul dvs. a avut/are cancer, leucemie, HIV/SIDA sau orice altă problemă a sistemului imunitar?			
8	Copilul dvs. a avut/are epilepsie sau alte boli neurologice?			
9	În ultimele 3 luni, copilul dvs. a luat medicamente care îi slăbesc sistemul imunitar, cum ar fi cortizon, prednison sau alți steroizi, medicamente anticanceroase sau a făcut tratament cu radiații?			
10	În ultimul an, copilul dvs. a primit transfuzie de sânge sau produse din sânge, i s-a administrat imunoglobulină sau un medicament antiviral?			
12	A mai fost vaccinat împotriva COVID-19?			
	Dacă „DA”, precizați: Cu ce produs?..... Data vaccinării.....			

Completat de părinte/tutore/reprezentant legal: _____

Data: _____ Semnătură: _____