

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 femeii: 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 de exprimare a acordului pacientului informat
ACORDUL PACIENTULUI INFORMAT**

Datele pacientului	Numele și prenumele	
	CNP	
	Domiciliul/reședința	
	Nr. telefon/email	
Actul medical (descriere): Vaccinare anti SARS-CoV-2 cu vaccin COMIRNATY (Vaccin de tip ARNm COVID-19)		

Subsemnatul/a, declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către dr....., că am prezentat medicului doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical.

Semnătura _____	Data: ____/____/____
Semnătura pacientului/reprezentantului legal care consimte informat la efectuarea actului medical	