



## CHESTIONAR TRIAJ VACCINARE ADULTI

Nume si

prenume \_\_\_\_\_

Nr. auto: \_\_\_\_\_

Data nasterii: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 cu 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" în 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 radiații?	<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? Alăptați în prezent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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? _____ Data vaccinării _____			

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

Data: \_\_\_\_/05/2021





## CENTRUL DE VACCINARE DE TIP “DRIVE THROUGH” FORMULAR DE EXPRIMARE A ACORDULUI PACIENTULUI INFORMAT

### DATELE PACIENTULUI

Numele și prenumele:

\_\_\_\_\_

CNP: \_\_\_\_\_

Domiciliul / reședința:

\_\_\_\_\_

Nr. telefon: \_\_\_\_\_

Adresa email: \_\_\_\_\_

### ACTUL MEDICAL (DESCRIERE): VACCINARE ANTI SARS-COV-2 CU VACCIN

#### Pfizer

Subsemnatul/a \_\_\_\_\_ (nume și prenume pacient / reprezentant legal), declar că am înțeles toate informațiile furnizate de către \_\_\_\_\_ (nume și prenume medic / asistent medical), că am prezentat medicului / asistentului medical doar informații adevărate și îmi exprim acordul informat pentru efectuarea actului medical (vaccinare).

### Semnătură pacient / reprezentant legal care consimte informat la efectuarea actului medical:

Semnătura \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Declarație privind prelucrarea datelor cu caracter confidențial conform legii și GDPR

Vă informăm că datele dvs. personale sunt prelucrate în interesul dvs., în conformitate cu prevederile Regulamentului UE nr. 679 din 27 aprilie 2016, ale Legii nr. 95 / 2006 și ale Legii Pacientului nr. 46/2003 și în conformitate cu Strategia de vaccinare împotriva COVID-19 în România din 27 noiembrie 2020.

Dumneavoastră, ca pacient, puteți avea acces la datele personale și puteți cere modificarea / actualizarea sau ștergerea acestora.

Certific că am citit, am înțeles și accept pe deplin cele de mai sus

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Semnătura pacientului zi / luna / an

