



АНКЕТА ПО ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19 – ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ

Фамилия : _____

Имя : _____

Дата рождения : _____

Номер социального страхования : _____

Был ли у вашего ребенка положительный результат теста (ПЦР-теста или теста на антиген)? Если да, то когда? Да Нет

Была ли сегодня у вашего ребенка повышенная температура? Да Нет

Есть ли у вашего ребенка в анамнезе аллергия на определенные вещества? Да Нет

Был ли у вашего ребенка случаи миокардита или перикардита? Да Нет

Проходили ли ваш ребенок лечение с помощью моноклональных антител против Covid-19 в течение последних двух месяцев? Да Нет

Принимает ли ваш ребенок антикоагулянты? Наблюдается ли у вашего ребенка низкий уровень тромбоцитов? Да Нет

Наблюдался ли у вашего ребенка детский мультисистемный воспалительный синдром после Covid-19? Да Нет

Были ли у Вашего ребенка серьезные побочные реакции после первой дозы вакцины против Covid-19 (если ее уже вводили)? Да Нет

VACCINATION ANTI-COVID

Личные данные, собранные с помощью этой анкеты, будут интегрированы в обработку персональных данных «SI Vaccin Covid», осуществляемую совместно Министерством здравоохранения и Национальным фондом медицинского страхования, и только для организации, мониторинга и управления кампаниями вакцинации против Covid-19. Для получения дополнительной информации об этой обработке, о контактных данных ответственных за эту обработку, о получателях или категориях получателей услуги, о периоде хранения данных, а также возможности подачи апелляции в CNIL, мы приглашаем вас ознакомиться с полным текстом уведомлений GDPR на сайте ameli.fr или отсканировав QR-код. Эту анкету в бумажном виде можно хранить не более трех месяцев после даты



Для заполнения врачам –
Вакцинация детской
вакциной Comirnaty®

Дата : ____/____/____

Подпись врача :