

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ- ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΓΙΑ COVID-19

Όνομασία Εμβολιαστικού Κέντρου				
Διεύθυνση Εμβολιαστικού Κέντρου				
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ <i>(συμπληρώνεται από εμβολιαζόμενο - επιβεβαιώνεται από Γραμματεία)</i>	Όνοματεπώνυμο Εμβολιαζόμενου	ΑΜΚΑ		
	Στοιχεία Επικοινωνίας (Κινητό Τηλέφωνο)			
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑΣ ΝΟΣΗΣΗΣ COVID-19 (συμπτωματικής ή όχι)* <i>(Συμπληρώνεται από εμβολιαζόμενο κατά την αναμονή)</i>	Ιστορικό επιβεβαιωμένου κρούσματος COVID-19 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ	Σε περίπτωση θετικής απάντησης πότε;		
ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ* (οι αναφερόμενες κατηγορίες δεν αποτελούν απαραίτητα αντένδειξη εμβολιασμού) <i>(Συμπληρώνεται από εμβολιαζόμενο κατά την αναμονή, επιβεβαιώνεται από τον ιατρό)</i>		ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ
	Αισθάνεστε αδιάθετος σήμερα;			
	Έχετε διαγνωστεί με χρόνια καρδιακό, πνευμονικό, νεφρικό, ή μεταβολικό νόσημα πχ. σακχαρώδη διαβήτη, άσθμα, αιματολογική, διαταραχή, ασπληγία, ανοσοανεπάρκεια, μεταμόσχευση ή έχετε λάβει αγωγή με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα; <i>(Εάν ΝΑΙ υπογραμμίστε το αντίστοιχο νόσημα)</i>			
	Είστε υπό μακροχρόνια αγωγή με αντιπηκτικά ή ασπιρίνη;			
	Σας χορηγήθηκε κάποιο εμβόλιο τις 2 προηγούμενες εβδομάδες;			
	Είχατε παρουσιάσει στο παρελθόν επεισόδιο σοβαρής αναφυλαξίας, που χρειάστηκε αγωγή με ενέσιμα φάρμακα (αδρεναλίνη, κορτιζόνη) ή νοσηλεία;			
	Είστε έγκυος; <i>(Εάν ΝΑΙ συστήνεται εμβόλιο mRNA)</i>			
ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ <i>(Συμπληρώνεται από τον ιατρό. Σε περίπτωση αντένδειξης δεν επιτρέπεται ο εμβολιασμός)</i>	Είχατε γενικευμένη αντίδραση (σε δέρμα, αναπνευστικό, γαστρεντερικό, κυκλοφορικό) σε προηγούμενη δόση εμβολίου COVID-19; <i>(δεν αφορά τοπικά συμπτώματα πχ. πόνο, ερύθημα)</i> <i>(Εάν ΝΑΙ υπογραμμίστε τα αντίστοιχα συστήματα)</i>			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ & ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ - ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ				