

CHESTIONAR

de evaluare a eligibilității și a stării de sănătate în vederea vaccinării antigripale în farmacie

Nume, Prenume, Vârsta

CNP.....

Adresă domiciliu.....

Nr.crt.	Întrebări și specificații	Raspuns	
1	Sunteți bolnav astăzi?	DA	NU
	Dacă DA , specificați:		
2	Aveți febră?	DA	NU
3	Tușiți?	DA	NU
4	Aveți diaree?	DA	NU
5	Ați vărsat?	DA	NU
6	Ați mai fost vaccinat împotriva gripei sezoniere?	DA	NU
	Dacă DA , specificați când ați fost vaccinat ultima dată.		
7	Ați leșinat sau ați amețit vreodată după ce ați primit un vaccin?	DA	NU
8	Ați avut vreodată o reacție adversă după ce ați primit un vaccin?	DA	NU
	Dacă DA , specificați:		
9	Aveți o problemă de sănătate cronică?	DA	NU
	Dacă DA , specificați:		
	Boli de inimă Dacă DA , ce tratament urmați în prezent?	DA	NU
	Boli pulmonare Dacă DA , ce tratament urmați în prezent?	DA	NU
	Boli renale Dacă DA , ce tratament urmați în prezent?	DA	NU
	Boală neurologică sau neuromusculară Dacă DA , ce tratament urmați în prezent?	DA	NU
	Boală hepatică Dacă DA , ce tratament urmați în prezent?	DA	NU

	Boală metabolică (ex. diabet) Dacă DA , ce tratament urmați în prezent?	DA	NU
	Anemie sau altă tulburare a sângelui (probleme de coagulare) Dacă DA , ce tratament urmați în prezent?	DA	NU
10	Aveți un sistem imunitar slăbit din cauza HIV/SIDA sau a unei alte boli care afectează sistemul imunitar, tratament pe termen lung cu medicamente precum steroizi cu doze mari sau tratament oncologic cu medicamente sau cu radiații? Dacă DA , ce tratament urmați în prezent?	DA	NU
11	Aveți alergii la latex, medicamente, alimente sau vaccinuri? (ex. ouă, proteine bovine, gelatină, gentamicină, neomicină, fenol, drojdie, penicilină) Dacă DA , specificați la ce vă știți alergic:	DA	NU
12	Ați avut vreodată o tulburare convulsivă pentru care luați medicamente convulsive, o tulburare cerebrală, Sindromul Guillain-Barré sau alte probleme ale sistemului nervos? Dacă DA , specificați:	DA	NU
13	<i>Pentru femei</i> – Sunteți gravidă sau vă gândiți să rămâneți însărcinată în luna următoare		
	Sunt gravidă	DA	NU
	Mă gândesc să rămân însărcinată	DA	NU
14	Dacă DA , sunt gravidă , în prezent urmați un tratament pe bază de anticoagulante? Dacă DA , specificați:	DA	NU
15	În ultimele trei luni ați trecut printr-o intervenție chirurgicală sau ați beneficiat de o transfuzie de sânge?	DA	NU

Completat de(Nume, Prenume), Data....., Semnătura.....