



## АНКЕТА ПО ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19

Фамилия : \_\_\_\_\_

Имя : \_\_\_\_\_

Дата рождения : \_\_\_\_\_

Номер социального страхования :

\_\_\_\_\_

Был ли у вас положительный результат теста (ПЦР-тест или тест на антиген) менее двух месяцев назад?  Да  Нет

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

У Вас сегодня была повышенная температура?  Да  Нет

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

Был ли у вас случаи миокардита или перикардита?  Да  Нет

Вы принимаете антикоагулянты? Наблюдается ли у вас пониженный уровень тромбоцитов? У вас когда-нибудь был синдром капиллярной утечки?  Да  Нет

Наблюдался ли у вашего ребенка детский мультисистемный воспалительный синдром после Covid-19 (для детей 12 лет и старше)?  Да  Нет

Были ли у вас серьезные побочные реакции после первой прививки от Covid-19 (если Вы ее получили)?  Да  Нет

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 будут использоваться 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](http://ameli.fr) или отсканировав QR-код. Эту анкету в бумажном виде м



### Для заполнения врачом

Дата : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Подпись врача :



# MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Liberté  
Égalité  
Fraternité



TOUS VACCINÉS, TOUS PROTÉGÉS

## АНКЕТА ПО РЕВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ COVID-19

Фамилия : \_\_\_\_\_

Имя : \_\_\_\_\_

Дата рождения : \_\_\_\_\_

Номер социального страхования :  
\_\_\_\_\_

Сколько доз вакцины против Covid-19 вы уже получили ? \_\_\_\_\_

Когда вам вводили последнюю дозу вакцины? \_\_\_\_\_

Были ли Вы инфицированы Covid-19 после вакцинации ?  Да  Нет

Если да, то сколько времени прошло после вакцинации ? \_\_\_\_\_

Наблюдались ли у Вас какие-либо серьезные побочные реакции после первой прививки?  Да  Нет

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 будут использоваться 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](http://ameli.fr) или отсканировав QR-код. Эту анкету в бумажном виде можно хранить не

### Для заполнения врачом

Дата : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Подпись врача :

