



АНКЕТА З ВАКЦИНАЦІЇ ПРОТИ COVID-19 – ВАКЦИНАЦІЯ ДІТЕЙ

Прізвище: _____

Ім'я: _____

Дата народження: _____

Номер соціального страхування: _____

Чи був у вашої дитини позитивний результат тесту (ПЛР або тесту на антиген)? Якщо так, то коли? Так Ні

Чи була сьогодні у вашої дитини підвищена температура? Так Ні

Чи має ваша дитина в анамнезі алергію на певні речовини? Так Ні

Чи були у вашої дитини випадки міокардиту або перикардиту? Так Ні

Чи проходила ваша дитина лікування за допомогою моноклональних антитіл проти Covid-19 протягом останніх двох місяців? Так Ні

Чи приймає ваша дитина антикоагулянти? Чи спостерігається у вашої дитини низький рівень тромбоцитів? Так Ні

Чи спостерігався у вашої дитини дитячий мультисистемний запальний синдром після Covid-19? Так Ні

Чи були у вас серйозні побічні реакції після першої дози вакцини проти Covid-19, якщо її вже вводили? Так Ні

VACCINATION ANTI-COVID

Особисті дані, зібрані за допомогою цієї анкети, будуть інтегровані в обробку персональних даних «SI Vaccin Covid», що здійснюється спільно Міністерством охорони здоров'я та Національним фондом медичного страхування, і будуть використовуватись тільки для організації, моніторингу та управління кампаніями вакцинації проти Covid-19. Для отримання додаткової інформації про цю обробку, про контактні дані відповідальних за цю обробку, про одержувачів або категорії одержувачів послуги, про період зберігання даних, а також можливість подання апеляції до CNIL, ми запрошуємо вас ознайомитися з повним текстом повідомлень GDPR на сайті ateli.fr або відсканувавши QR-код. Цю анкету в паперовому вигляді можна зберігати не більше трьох місяців після дати зустрічі.



Для заповнення лікарем
– Вакцинація дитячою
вакциною Comirnaty®

Дата: ____/____/____

Підпис лікаря: