

FICHE MEDICALE CENTRE DE VACCINATION COVID DE GARAZI GARAZIKO COVID TXERTAKETA ZENTROKO FITXA MEDIKALA

Date/ Data: / / 2021

NOM/ DEITURA: _____ PRENOM/ IZENA: _____

NUMERO DE SECURITE SOCIALE / SEKURITATE SOZIALEKO ZENBAKIA :

1ère injection / lehen injekzioa

2ème injection / bigarrena

Avez-vous déjà été malade du Covid ?

COVID eritasuna ukan duzuea ?

OUI / BAI NON / EZ

Si oui, quand ? Noiz ?

	VACCINATION PRIORITAIRE : MOTIF LEHENTASUNEZKO TXERTAKETA : ZERGATIA
<input type="checkbox"/>	Age (au-delà de 18 ans) Adina 18 urtetik gora
<input type="checkbox"/>	Professionnel de santé Osasun arloko langilea
<input type="checkbox"/>	Nécessité d'une 3ème injection (dialyse; greffe; chimiothérapie; traitement immunosuppresseur) Hirugaren injekzio baten beharra (dialisa; transplantea; kimioterapia; tratamendu immunokentzaile)

ANTECEDENTS ET TRAITEMENTS : MEDIKUNTZA IRAGAN ETA TRATAMENDUAK	OUI / BAI	NON / EZ
Avez-vous de la fièvre ou avez-vous été cas contact dans les 7 derniers jours ? Sukarrik ukan duzuea edo kontaktu kasua izan zirea azken 7 egunetan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? Haurdun zirea ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été vacciné(e) contre une autre maladie dans les 2 dernières semaines ? Beste txertorik ukan duzuea azken bi asteetan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des antécédents d'allergie grave à certaines substances ou avec d'autres vaccins ? Alergia erreakzio larrik ukan duzuea beste txerto edo substantzia batekin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous un traitement anticoagulant ? Antikoagulatzailearik hartzen duzuea ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incident lors de la 1ère injection ? Lehen injekzioan arazorik ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>