

## CHESTIONAR TRIAJ VACCINARE MINORI

Nume și prenume minor: \_\_\_\_\_

Data nașterii: \_\_\_\_\_

Pentru parinți/tutore legal: În vederea triajului pentru vaccinare vă rugăm să bifați răspunsurile la întrebările de mai jos.

Nr.	ÎNTREBARE	DA	NU	NU ȘTIU
1	Copilul dvs a avut vreo problemă de sănătate în momentul de față?			
2	Copilul dvs a avut vreun episod febril, asemănător cu gripa, în ultimele 14 zile?			
3	Copilul dvs are alergii la alimente sau medicamente?			
4	Copilul dvs a avut vreodată vreo reacție gravă după ce ați fost vaccinat/ă?			
5	Copilul dvs a avut probleme cronice de sănătate cum ar fi boli de inimă, boli de plămâni, boli de rinichi, diabet, anemie sau alte boli de sânge?			
6	Dacă ați răspuns „DA” la întrebarea anterioară. Ce boală/ boli?			
7	Copilul dvs a avut/are cancer, leucemie, HIV/SIDA sau orice altă problemă a sistemului imunitar?			
8	Copilul dvs a avut/are epilepsie sau alte boli neurologice?			
9	În ultimele 3 luni, copilul dvs a luat medicamente care vă slăbesc sistemul imunitar, cum ar fi cortizon, prednison sau alți steroizi, medicamente anticanceroase sau ați avut tratamente sau radiații?			
10	În ultimul an, copilul dvs a primit transfuzie de sânge sau produse din sânge, vi s-a administrat imunoglobulină sau un medicament antiviral?			
12	Ați mai fost vaccinat împotriva COVID-19?			
	Dacă „DA”, precizați: Cu ce produs?..... Data vaccinării.....			

Completat de părinte/ tutore/ reprezentant legal: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Semnătură: \_\_\_\_\_