מדינת ישראל - משרד הבריאות
המרכז הרפואי לגליל

מינהל הסיעוד

שאלון למקבלי חיסון נגד Covid 19

שם פרטי:_____ שם משפחה:_____ קופת חולים מבטחת:_____

מספר תעודת זהות / דרכון: __/__/__/__/__/__/__/__/__ תאריך לידה: __/__/__/__/__/__/__/__

מחלקה:_____ תפקיד:_____ כתובת: ישוב:_____ רחוב:_____

מספר טלפון מנייד _____ תאריך החיסון:_____

האם חלית או אובחנת כמודבק קורונה?	**כן / לא**
האם אתה סובל כעת ממחלת חום חדה?	**כן / לא**
האם הינך בהריון ?	**כן / לא**
האם הינך סובל מרגישות יתר חמורה (אנפילקסיס) למרכיבי החיסון?	**כן / לא**
האם הינך סובל מרגישות יתר חמורה לחומר ידוע/לא ידוע	**כן / לא**

לחלק ממקבלי החיסון יתכנו תופעות (תגובות) לאחר קבלת החיסון, מקומיות או כלליות, אלו לרוב תופעות קלות וחולפות.
תופעות מקומיות עלולות לכלול כאבים מקומיים עם או ללא אודם או נפיחות.
תופעות כלליות שעלולות להופיע: חום, עייפות, כאב ראש, כאבי שרירים, בחילה, צמרמורת.

חתימת המתחסן_____

לאחר החיסון יש להמתין 15 דקות בלובי הספרייה

==========

למילוי על-ידי המחסן

שם המחסן:_____

החיסון בוצע בזרוע: [ ] ימין [ ] שמאל