



## PYETËSOR MBI VAKSINIMIN NDAJ COVID-19



Mbiemri: .....

Emri: .....

Data e lindjes: .....

Numri i sigurimeve shoqërore: .....

A keni shfaqur të paktën një sëmundje specifike? ( <i>Shihni listën në anën e pasme</i> )	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
A keni rezultuar pozitiv (në testin e PCR-së ose atë me antigjene) gjatë tre muajve të fundit?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
A keni pasur temperaturë sot?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
A jeni vaksinuar gjatë dy javëve të fundit? Nëse po, cilën vaksinë keni marrë: .....	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
A keni ndonjë histori alergjie ose mbindjeshmërie ndaj ndonjë substance të caktuar apo ndaj vaksinave të tjera?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
A jeni duke marrë mjekime me antikoagulantë?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
A vuani nga ndonjë çrregullim të lidhur me gjakderdhjen? ( <i>numërim i ulët i pllakëzave të gjakut, sëmundje specifike, etj.</i> )	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
A jeni shtatzënë?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>
A jeni duke ushqyer foshnjën me gji?	PO <input type="checkbox"/>	JO <input type="checkbox"/>

Në ditët dhe javët pas vaksinimit tuaj, ju mundeni, nëse është e nevojshme, të raportoni një efekt anësor. Për këtë do të duhen vetëm 10 minuta, në portalin për raportimin e efekteve anësore mbi shëndetin [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr). Ju mund të flisni gjithashtu me mjekun tuaj.

Detajet e mbledhura mbi identitetin duke përdorur këtë pyetësor do të integrohen me procesimin e të dhënave personale nga "SI Vaccin Covid" të vëna në zbatim nga Ministria e Solidaritetit dhe e Shëndetësisë (Ministère des Solidarités et de la Santé) bashkë me Fondin kombëtar të sigurimit për shëndetin (Caisse nationale d'assurance maladie). Kjo do të bëhet vetëm për arsye të organizimit, vëzhgimit dhe drejtimit të fushatave për vaksinimin ndaj Covid-19. Për më shumë informacion mbi procesimin dhe ushtrimin e të drejtave tuaja, ju lutemi konsultohuni me lajmërimet e informacionit të disponueshme në qendrën tuaj. Kopja fizike e pyetësorit do të ruhet për tre muaj pas datës së takimit tuaj.

VAKSINIM PER MBROJTJEN NDAJ COVID



Versioni i datës 20 prill 2021

Hapësirë e ruajtur për farmacistin

Data:

\_\_/\_\_/\_\_

Nënshkrimi



## VACCINATION AGAINST THE COVID-19 SURVEY



Family Name: .....

First Name: .....

Date of Birth: .....

Social Security Number : .....

Have you tested positive (PCR or antigen test) in the past three months?

Yes  No

Do you have fever today?

Yes  No

Have you been vaccinated in the past two weeks? If yes, with which type: .....

Yes  No

Have you ever suffered an allergic reaction, or presented with hypersensitivity, to a vaccine, or to any other substance?

Yes  No

Do you have any bleeding disorders?  
(especially low platelets or anticoagulant therapy)

Yes  No

Are you pregnant?

Yes  No

Are you breastfeeding?

Yes  No

### For doctor's use only

Date : ...../...../.....

Signature of the doctor :





MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

Liberté  
Égalité  
Fraternité

## إستبيان حول التطعيم ضد فيروس كوفيد-19

إسم العائلة: .....

الإسم الأول: .....

تاريخ الميلاد: .....

رقم التأمين الإجتماعي: .....

هل تم إختبارك إيجابيا (إختبار PCR أو إختبار أجسام مضادة) خلال الثلاثة أشهر السابقة ؟

لا  نعم

هل تشعر بأعراض حمي (ارتفاع في درجة حرارتك) اليوم ؟

لا  نعم

هل تلقيت تطعيم في خلال الإسبوعين الماضيين ؟

لا  نعم

في حالة نعم أذكر نوع التطعيم: .....

هل يوجد لديك تاريخ من الحساسية أو فرط الحساسية لمواد معينة أو لقاحات أخرى ؟

لا  نعم

هل تعاني من أي اضطرابات نزفية ؟ (خاصة انخفاض الصفائح الدموية أو العلاج المضاد للتجلط)

لا  نعم

هل يوجد حمل حاليا ؟

لا  نعم

هل تقومين حاليا بالرضاعة الطبيعية ؟

لا  نعم

خاص فقط بالطاقم الطبي

التاريخ: ...../...../.....

إمضاء الطاقم الطبي:





MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

Liberté  
Égalité  
Fraternité



COVID-19-এর টিকা সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী



পদবী: .....

নাম: .....

জন্ম তারিখ: .....

সামাজিক সুরক্ষা নম্বর (Social security number): .....

আপনি কি কমপক্ষে একটিও নির্দিষ্ট কোমর্বিডিটি উপস্থাপন করেছেন? (পিছনের পৃষ্ঠায় তালিকা দেখুন) **হ্যাঁ**  **না**

গত তিন মাসে আপনার পরীক্ষার (পিসিআর (PCR) বা অ্যান্টিজেন) ফলাফল পজিটিভ হয়েছে কি? **হ্যাঁ**  **না**

আপনার কি আজ স্বর আছে? **হ্যাঁ**  **না**

আপনি কি গত দুই সপ্তাহের মধ্যে কোনও টিকা নিয়েছেন? **হ্যাঁ**  **না**   
যদি হ্যাঁ হয়, তবে কোনটা: .....

আপনার কি কোনও এলার্জি বা নির্দিষ্ট কোনও পদার্থ বা অন্যান্য টিকাগুলির প্রতি সংবেদনশীলতার কোনও ইতিহাস রয়েছে? **হ্যাঁ**  **না**

আপনি কি কোনও অ্যান্টিকোয়াগুলান্ট (anticoagulant) ওষুধ খাচ্ছেন? **হ্যাঁ**  **না**

আপনার কি কোনও রক্তক্ষরণ সম্পর্কিত সমস্যা রয়েছে? (প্লেটলেটের সংখ্যা কম, নির্দিষ্ট রোগ ইত্যাদি) **হ্যাঁ**  **না**

আপনি কি গর্ভবতী? **হ্যাঁ**  **না**

আপনি কি স্তন্যপান করান? **হ্যাঁ**  **না**

আপনার টিকা দেওয়ার পরের দিন এবং সপ্তাহগুলিতে, আপনি প্রয়োজন হলে একটি প্রতিকূল প্রভাব সম্পর্কে রিপোর্ট করতে পারেন। স্বাস্থ্যের প্রতিকূল প্রভাবগুলি সম্পর্কে এই পোর্টালে জানানোর জন্য কেবলমাত্র 10 মিনিট সময় লাগবে: [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr)। আপনি আপনার ডাক্তারের সাথেও কথা বলতে পারেন।

এই প্রশ্নাবলীটি ব্যবহার করে সংগৃহীত পরিচিতি বিবরণটি *Ministère des Solidarités et de la Santé* এবং *the Caisse nationale d'assurance maladie* দ্বারা যৌথভাবে বাস্তবায়িত “SI Vaccin Covid” এর ব্যক্তিগত তথ্য প্রক্রিয়াকরণের সাথে সংহত করা হবে। এটি শুধুমাত্র Covid-19 টিকাদান সম্পর্কিত প্রচারণাটি আয়োজন, নিয়ন্ত্রণ ও পরিচালনার লক্ষ্যে ব্যবহৃত হবে। এই প্রক্রিয়াকরণ এবং আপনার অধিকার প্রয়োগের বিষয়ে আরও তথ্যের জন্য, অনুগ্রহ করে আপনার কেন্দ্রে উপলভ্য তথ্য সম্পর্কিত নোটিশগুলি দেখুন। আপনার অ্যাপয়েন্টমেন্টের তারিখের তিন মাস অবধি প্রশ্নাবলীর হার্ড কপি সংরক্ষণ করা হবে।

কোভিডের বিরুদ্ধে প্রতিরোধ করতে টিকা



ফার্মাসিস্টের জন্য সংরক্ষিত স্থান

তারিখ:

\_\_/\_\_/\_\_

স্বাক্ষর



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**AMSEQESI N UGEZZAY MEGAL COVID-19**



Isem n twacunet: .....

Isem animan: .....

Asakud n tlalit: .....

Uṭṭun n tnefrut tanamunt: .....

Is yurek g uderus yan sin waṭṭanen imunen imezlanan? ( <i>Zer talegamet g darat n tnefulet</i> )	<b>YYIH</b> <input type="checkbox"/>	<b>UHU</b> <input type="checkbox"/>
Is teskerd kra n irim igan umenig (PCR niy antigène) g kraḍ yiren ad-izerin?	<b>YYIH</b> <input type="checkbox"/>	<b>UHU</b> <input type="checkbox"/>
Is tesḥussid s tireyi ass-ad?	<b>YYIH</b> <input type="checkbox"/>	<b>UHU</b> <input type="checkbox"/>
Is teskerd agezzay g sin imalassen ad-izerin? Iy tennid yyih, man tagezzayet: .....	<b>YYIH</b> <input type="checkbox"/>	<b>UHU</b> <input type="checkbox"/>
Is yur-ek/m amezruy n tmezrit niy n taykerkdoyt igguten lli-yak/yam teskar kra n tyawesa niy kra n tgezzayet yaḍeni?	<b>YYIH</b> <input type="checkbox"/>	<b>UHU</b> <input type="checkbox"/>
Is-a tessad kra n usafar n umegal-aresay n idammen?	<b>YYIH</b> <input type="checkbox"/>	<b>UHU</b> <input type="checkbox"/>
Is yur-em/k kra n waṭṭan izedin d yidammen? ( <i>Asiden n tkurin tumelilin idrusen, kra n waṭṭan amezlan, d zund ma-yad</i> )	<b>YYIH</b> <input type="checkbox"/>	<b>UHU</b> <input type="checkbox"/>
Yam ur-a ttarud?	<b>YYIH</b> <input type="checkbox"/>	<b>UHU</b> <input type="checkbox"/>
Illa yur-em ma-d issuḍuḍen?	<b>YYIH</b> <input type="checkbox"/>	<b>UHU</b> <input type="checkbox"/>

G wussan d imalassen lli iḍefaren agezzay nnem/k, tezmerd, iy tesyawesad, ad teckkemd kra n gar tusurt. Ma-yad rad-ak/am yawi slid m-ad itteggan 10 n tusedidin g tawwuret bac ad teckkemd gar tusurin n tedusi [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr). Tezmerd ula ad tenyalekamd d umesgenaf nnem/k.

*Iferuriten n tmagit lli ittiwg<sup>ran</sup> s usemres n umesqesi yad rad tteyayessekcamen akd usemkel n isekfa inimanen "SI Vaccin Covid" lli ittizegaren s umyawas akd tamawast n twizi d n tedusi d tfeniqet tanamuret n usefles n waṭṭan. Awettas aferdi n ma-yad d asenmala, tidaf d usewuddu n imezizzelen n ugezzay megal Covid-19. Iy terid uggar n umelan yef usemkel ad d uzzeger n izerfan nnek/m, zer safak tusemirin n umelan isulen g wammas nney. Aleqem aferkukan n umesqesi rad ittewayeḥeḍa tizi n kraḍ yiren tigira n usakud n tketut nnk/m..*

**AGEZZAY BAC AD NARI MEGAL COVID**



**Adyar ittewayessanafen i-**

**wemsasfer Asakud:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Asegmed*



## ВЪПРОСНИК ПРИ ВАКСИНИРАНЕ СРЕЩУ COVID-19



Фамилия: .....

Собствено име: .....

Дата на раждане: .....

Социалноосигурителен номер: .....

Имате ли най-малко едно конкретно придружаващо заболяване? (погледнете списъка на гърба на страницата) **ДА**  **НЕ**

Имали ли сте положителен тест (PCR или антигенен) през изминалите три месеца? **ДА**  **НЕ**

Днес имате ли треска? **ДА**  **НЕ**

Получили ли сте ваксинация през изминалите две седмици?  
Ако отговорът е „да“, каква беше тя: .....

Имали ли сте алергии или свръхчувствителност към определени вещества или към други ваксини? **ДА**  **НЕ**

Приемате ли антикоагулантни медикаменти? **ДА**  **НЕ**

Имате ли свързано с кръвосъсирването заболяване? (нисък брой тромбоцити, конкретно заболяване и др.) **ДА**  **НЕ**

Бременна ли сте? **ДА**  **НЕ**

Кърмите ли? **ДА**  **НЕ**

През дните и седмиците след ваксинирането, при необходимост, можете да съобщите за неблагоприятен ефект. Това ще Ви отнеме само около 10 минути в портала за съобщаване на неблагоприятни ефекти върху здравето: [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr). Можете също така да разговаряте с Вашия лекар.

Данните за самоличност, събрани с помощта на този въпросник, ще бъдат интегрирани с обработката на лични данни от „SI Vaccin Covid“, осъществявана съвместно от Ministère des Solidarités et de la Santé и Caisse nationale d'assurance maladie. Това ще бъде единствено с цел организиране, наблюдение и управление на кампаниите по ваксиниране срещу Covid-19. За повече информация относно тази обработка и упражняването на Вашите права, моля, консултирайте се с информационните известия, налични във Вашия център. Хартиеното копие на въпросника ще се съхранява в продължение на три месеца след датата на Вашия запазен час.

ВАКСИНИРАНЕ ЗА ЗАЩИТА СРЕЩУ COVID

SFPC  
Société Française  
de pharmacie clinique xxx+

anepc

Поле за ползване от

фармацевт Дата:

\_\_/\_\_/\_\_

Подпис



## ENCUESTA VACUNACIÓN DE LA COVID-19

Apellido: .....  
Nombre: .....  
Fecha de nacimiento: .....  
Número de la seguridad social: .....

¿Tiene usted alguna comorbilidad específica? ( <i>Consultar lista o reverso</i> )	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Ha dado positivo en una prueba (PCR o antígenos) en los últimos tres meses?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene fiebre hoy?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Se ha vacunado de algo en las últimas dos semanas? Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué?.....	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene antecedentes de alergia o hipersensibilidad a ciertas sustancias o a otras vacunas?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Está en tratamiento con un medicamento anticoagulante?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Tiene algún trastorno hemorrágico? ( <i>número de plaquetas bajo, enfermedad específica....</i> )	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Está embarazada?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿Está en periodo de lactancia?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

En los días y semanas siguientes a la vacunación podrá notificar si ha notado algún efecto adverso. Sólo se tarda unos diez minutos en el portal de notificación de efectos sanitarios adversos ([www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr)). También puede hablar con su médico al respecto.

Los datos personales recogidos a través de este cuestionario se incluirán en el tratamiento de datos personales «SI Vaccin Covid» implementado conjuntamente por el Ministerio de Solidaridad y Salud y la Caja Nacional del Seguro de Salud y solo para realizar la organización, seguimiento y dirección de las campañas de vacunación de la Covid-19. Para obtener más información sobre este tratamiento y el ejercicio de sus derechos, le invitamos a consultar los carteles informativos disponibles en su centro. El cuestionario en papel se conservará durante tres meses después de la fecha de su cita.

VACUNACION DE LA COVID



Versión del 20/04/21

Espacio reservado para el/la  
farmacéutico/a

Fecha :

\_\_/\_\_/\_\_

Firma



# MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Liberté  
Égalité  
Fraternité



## COVID-19 ვაკცინაციის კითხვარი



გვარი:.....

სახელი: .....

დაბადების თარიღი:.....

სოციალური დაცვის ნომერი: .....

გაქვთ თუ არა თუნდაც ერთი კონკრეტული თანმხლები დაავადება? (იხილეთ სია უკანა მხარეს)	დიახ <input type="checkbox"/>	არა <input type="checkbox"/>
მიგიღიათ თუ არა ბოლო სამი თვის განმავლობაში დადებითი პასუხი PCR ან ანტიგენის ტესტებზე?	დიახ <input type="checkbox"/>	არა <input type="checkbox"/>
გაქვთ თუ არა დღეს სიცხე?	დიახ <input type="checkbox"/>	არა <input type="checkbox"/>
ჩაიტარეთ თუ არა ვაკცინაცია ბოლო ორი კვირის განმავლობაში თუ კი, მიუთითეთ რომელი:.....	დიახ <input type="checkbox"/>	არა <input type="checkbox"/>
გქონიათ თუ არა ალერგია ან ჰიპერმგრძობელობა გარკვეული ნივთიერებების ან სხვა ვაკცინების მიმართ?	დიახ <input type="checkbox"/>	არა <input type="checkbox"/>
მკურნალობთ თუ არა ანტიკოაგულანტური პრეპარატებით?	დიახ <input type="checkbox"/>	არა <input type="checkbox"/>
გაქვთ თუ არა სისხლის შედედების რაიმე სახის დარღვევა? (თრომბოციტების დაბალი რაოდენობა, სპეციფიკური დაავადება და ა.შ.)	დიახ <input type="checkbox"/>	არა <input type="checkbox"/>
ხართ თუ არა ორსულად?	დიახ <input type="checkbox"/>	არა <input type="checkbox"/>
ხართ თუ არა ძუძუთი კვებაზე?	დიახ <input type="checkbox"/>	არა <input type="checkbox"/>

ვაკცინაცია COVID-ისგან დაცვის მიზნით

ვაკცინაციის მომდევნო დღეებსა და კვირებში, საჭიროების შემთხვევაში, შეგიძლიათ გვაცნობოთ არასასურველი სიმპტომების შესახებ. ამისათვის, მხოლოდ 10 წუთი დაგჭირდებათ, რომ შესაბამის პორტალზე, ჯანმრთელობისთვის არასასურველი სიმპტომების შესახებ, დატოვოთ შეტყობინება: [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr). ასევე შეგიძლიათ გაესაუბროთ თქვენს ექიმს.

ის პირადი ინფორმაცია, რომელიც გროვდება ამ კითხვარის გამოყენებით, ინტეგრირდება პერსონალური მონაცემების "SI Vaccin Covid" დამუშავებაში, რომელსაც ერთობლივად განახორციელებს Ministère des Solidarités et de la Santé და Caisse nationale d'assurance maladie. აღნიშნული ტარდება მხოლოდ ორგანიზების, მონიტორინგისა და Covid-19-ის ვაკცინაციის კამპანიების წარმართვის მიზნით. ინფორმაციის დამუშავებისა და თქვენი უფლებების გამოყენების შესახებ დამატებითი ინფორმაციისთვის, გთხოვთ, გაეცნოთ თქვენს ცენტრში არსებულ ინფორმაციულ ბროშურებს. თქვენს მიერ შევსებული კითხვარის ბეჭდური ასლი ინახება შევსების თარიღიდან სამი თვის განმავლობაში.



20/04/21 ვერსია

ადგილი დატოვებულია ფარმაცევტისთვის

თარიღი:  
\_/\_/

ხელმოწერა





## 新型冠状病毒疫苗接种调查表

姓：.....  
名：.....  
出生日期：.....  
社会保险账号：.....

您是否出现至少一种特殊并发症？（参见背面清单） 是  否

在过去三个月内您的检测结果(核酸检测或抗原检测)是否为阳性？ 是  否

您今天是否有发热症状？ 是  否

过去两周内您是否接种过疫苗？ 是  否   
若是，疫苗类型：.....

您是否有过敏病史或您是否对某种成分或者疫苗过敏？ 是  否

您是否在服用抗凝药物治疗？ 是  否

您是否有凝血障碍？（血小板低、特殊疾病.....） 是  否

您是否处在孕期？ 是  否

您是否在哺乳期？ 是  否

在您接种疫苗后的几天，若有必要，您可报告出现的不良反应。只需要十几分钟，您可以通过以下不良健康反应门户网站完成报告 [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr)。您也可以将具体情况告知您的主治医生。

通过此调查表收集到的个人信息数据将会被收录到《新冠疫苗接种信息系统》的个人数据系统中。该系统由法国社会团结与卫生部部长与国家医疗保险署共同推动建设，且数据系统仅用于组织、监控以及管理新冠疫苗接种活动。如需了解更多关于该治疗以及您行使权利的信息，可前往所在中心查阅相关公告信息。自您预约之日起，此纸质调查表将会被保留三个月。

药剂师填写日期：

\_\_/\_\_/\_\_

签名





MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

Liberté  
Égalité  
Fraternité



COVID-19 ویکسینیشن کا سوالنامہ



خاندانی نام: .....

پہلا نام: .....

تاریخ پیدائش: .....

سوشل سیکیورٹی نمبر: .....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کم از کم ایک نئی متصل بیماری میں مبتلا ہیں؟ (عقبی جانب فہرست ملاحظہ کریں)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا گزشتہ تین ماہ کے دوران آپ کا ٹیسٹ مثبت آیا (پی سی آر یا اینٹیجین)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کو آج بخار تھا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ نے گزشتہ دو ہفتوں کے دوران ویکسینیشن لی ہے؟ اگر ہاں، تو کونسی: .....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کو کبھی بھی مخصوص عناصر یا دیگر ویکسینز سے الرجیز یا زود حسی کی شکایت رہی ہے؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ کسی قسم کی مانع انجماد خون ادویاء لے رہے ہیں؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ خون بہنے کے کسی نوعیت کے عوارض کا شکار ہیں؟ (پلیٹ لیٹس کی کم تعداد، مخصوص بیماری وغیرہ)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ حاملہ ہیں؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	کیا آپ بچے کو اپنا دودھ پلا رہی ہیں؟

COVID کے خلاف تحفظ کے لیے ویکسینیشن

اپنی ویکسینیشن کے بعد کے دنوں اور ہفتوں میں، اگر ضرورت ہو تو، آپ کسی بھی قسم کے مضر اثرات کی اطلاع دے سکتے ہیں۔ صحت پر پڑنے والے مضر اثرات کی اطلاع بذریعہ پورٹل دینے میں اندازاً 10 منٹ لگتے ہیں [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr) آپ اپنے معالج سے بھی بات کر سکتے ہیں۔

اس سوالنامے کے توسط سے جمع کردہ شناختی معلومات کو Ministère des Solidarités et de la Santé اور Caisse nationale d'assurance maladie کی جانب سے مشترکہ طور پر نافذ العمل "SI Vaccin Covid" ذاتی کوائف کی پروسیسنگ کے ساتھ مجتمع کیا جائے گا۔ اس کا مقصد صرف اور صرف COVID-19 ویکسینیشن کی مہموں کا نظم، نگرانی اور ان سے رہنمائی پانا ہوگا۔ اس پروسیسنگ اور اپنے حقوق کو بروئے کار لانے کے حوالے سے مزید معلومات کے لیے، براہ کرم اپنے مرکز میں دستیاب معلوماتی اعلانیوں سے رجوع کریں۔ اس سوالنامے کی دستاویزی نقل آپ کے اپائنٹمنٹ کی تاریخ سے تین ماہ بعد تک محفوظ رکھی جائے گی۔



مختص جگہ برائے

دستخط

دوا ساز تاریخ:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## QUESTIONÁRIO SOBRE VACINAÇÃO CONTRA A COVID



Apelido: .....

Nome: .....

Data de nascimento: .....

Número de segurança social: .....

Apresenta pelo menos uma comorbidade específica? *(Ver lista ou verso)* **SIM**  **NÃO**

Fez algum teste (de PCR ou de antígeno) cujo resultado tenha sido positivo nos últimos três meses? **SIM**  **NÃO**

Tem febre, hoje? **SIM**  **NÃO**

Tomou alguma vacina nas últimas duas semanas?  
Se sim, qual: .....

Tem histórico de alergia ou hipersensibilidade a alguma substância ou a outras vacinas? **SIM**  **NÃO**

Toma medicação anticoagulante? **SIM**  **NÃO**

Sofre de distúrbios hemostáticos? *(plaquetas baixas, doença específica ...)* **SIM**  **NÃO**

Está grávida? **SIM**  **NÃO**

Está a amamentar? **SIM**  **NÃO**

Nos dias ou semanas após ter tomado a vacina, poderá, se necessário, reportar qualquer efeito secundário. Demorará apenas cerca de dez minutos, no Portal de comunicação de eventos sanitários adversos [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr). Poderá também comunicá-lo ao seu médico de família.

Os dados de identidade recolhidos através deste questionário serão integrados no tratamento de dados pessoais «SI Vaccin Covid» implementado em conjunto pelo Ministério da Saúde e da Solidariedade e pelo fundo nacional dos seguros de saúde e exclusivamente para a organização, acompanhamento e a gestão das campanhas de vacinação contra a Covid-19. Para mais informações sobre este tratamento e o exercício dos seus direitos, convidamo-lo a consultar os cartazes informativos disponíveis no seu centro. O questionário em papel será guardado por um período de três meses após a data da sua consulta.

VACINAÇÃO CONTRA A COVID



Espaço reservado ao

farmacêutico Data:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura



## COVID-19 VAKSINAKE PUŠIMATA



Familijako anav: .....

Dindo anav: .....

Bijanimaski data: .....

Socialno sekurimasko numero: .....

Sikavdan barem ekh specifikano komorbidiye? (*Dikh o lil pe e paluni rig*) **VA**  **NA**

Sikavdan pozitivo testosko rezultato (PCR aj antigen) ande e palune trin éhon? **VA**  **NA**

Sas tut jag (uči temperatura) agive? **VA**  **NA**

Sas tuke kerdi vaksina ande e palune duj kurke? Te va, savi:  
..... **VA**  **NA**

Si tut sisave alergije aj xipersenzitivipe karing varesave substancije aj vaksine? **VA**  **NA**

Les tu sisave antikoagentne draba? **VA**  **NA**

Si tut sisave rateske problemura (*cikno numero trombocitura, konkretno nasvalipe, aver*) **VA**  **NA**

San tu khamni (phari)? **VA**  **NA**

Des tu éuči? **VA**  **NA**

Ande e givesa thaj e kurke palal te keres tuke vaksina, tu šaj, te trubul, sikaves bilače simptomura. Kadava sade (numa, ferdi) ka lel 10 minute te phenes len amenge ando portalo vaš o reportiripe vaš bilače sastimaske rezultatura. [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr). Tu šaj vakeres (des duma) i kire doktorosa.

*E personalne detailura kidinde andar kadava pušimasko lil ka aven thodine andre e „SI Vaccin Covid“ personalno informacija procesiripe kerdo ekhe thaneste e Ministère des Solidarités et de la Santé thaj e Caisse nationale d'assurance maladie. Kadava ka kerdol pe sade ašal e res (cel) vaš o organiziripe, o monitiripe thaj o šerutnipe vaš o Covid-19 vaksinege kampanije. Maj bute informacijake pe kadava proceso thaj vaš sar te mares tut andar kire xakaja (dreptura), kamas tutar te konsultiris tut e informacijake centronenca ande kiri komuna. E printirime versija vaš o pušimasko lil ka avel garavdi trine éhonenge palal e data vaš kiro vaksinako časo.*

VACCINATION TO PROTECT AGAINST COVID



Than garavdo e aptekareng  
(farmaceftonenge)

Data:

\_\_/\_\_/\_\_

Alavthope



## CHESTIONAR PRIVIND VACCINAREA ÎMPOTRIVA VIRUSULUI



Nume: .....

Prenume: .....

Data nașterii: .....

Cod asigurat: .....

Suferiți de vreo comorbiditate specifică? ( <i>din lista de pe verso</i> )	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Ați avut vreun rezultat pozitiv la un test (PCR sau antigenic) în ultimele trei luni?	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Astăzi aveți febră?	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Vi s-a administrat vreun vaccin în ultimele două săptămâni? Dacă da, ce vaccin:.....	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Aveți antecedente de alergie sau de hipersensibilitate la anumite substanțe sau la alte vaccinuri?	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Urmați în prezent un tratament anticoagulant?	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Prezențați tulburări hemoragice (nivel <i>redus de plachete, boală specifică...</i> )	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Sunteți însărcinată?	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>
Alăptați?	DA <input type="checkbox"/>	NU <input type="checkbox"/>

În zilele și săptămânile următoare vaccinării, veți putea, dacă este cazul, să semnați efecte secundare. Pentru aceasta, aveți nevoie de numai zece minute, pe portalul de semnalare a evenimentelor sanitare adverse [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr). Puteți, de asemenea, să discutați despre aceasta cu medicul dumneavoastră.

*Datele personale de identificare colectate prin intermediul acestui chestionar vor fi integrate în prelucrarea datelor cu caracter personal „SI Vaccin Covid”, realizată, în colaborare, de către Ministerul Solidarității, Ministerul Sănătății și Casa Națională de Sănătate, numai în scopul organizării, supravegherii și coordonării campaniilor de vaccinare împotriva Covid-19. Pentru mai multe informații despre această prelucrare de date și despre modul în care vă puteți exercita drepturile, puteți consulta afișele de informare puse la dispoziție în centrul de vaccinare. Chestionarul pe hârtie va fi păstrat timp de trei ani de la data la care ați fost programat(ă) în centru.*

Spațiu rezervat farmaciei Data:

\_\_/\_\_/\_\_

Semnătura



## АНКЕТА ПЕРЕД ВАКЦИНАЦИЕЙ ПРОТИВ COVID-19



Фамилия : .....

Имя : .....

Дата рождения : .....

Номер социального страхования: .....

Был ли у вас положительный тест (ПЦР или антиген) в течение последних трех месяцев?

Да  Нет

Была ли у Вас сегодня повышенная температура?

Да  Нет

Делали ли вы прививку в течение последних двух недель?

Если да, то какую: .....

Да  Нет

Были ли у Вас аллергические реакции или повышенная чувствительность к определенным препаратам или побочные реакции на вакцинации в прошлом?

Да  Нет

Есть ли у вас проблемы со свертыванием крови(в частности, снижение уровня тромбоцитов или антикоагулянтная терапия)?

Да  Нет

Беременны ли Вы?

Да  Нет

Кормите ли Вы в настоящее время грудью?

Да  Нет

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ**

Дата: ...../...../.....

Подпись врача:



## COVID-19 UPITNIK ZA VAKCINISANJE



Prezime: .....

Ime: .....

Datum rođenja:.....

Broj socijalnog osiguranja: .....

Da li ste imali bar jednu specifičnu komorbidnost? (Pogledajte listu na drugoj strani)	DA <input type="checkbox"/>	NEMA <input type="checkbox"/>
Da li ste imali pozitivan test (PCR ili antigen) u poslednja tri meseca?	DA <input type="checkbox"/>	NEMA <input type="checkbox"/>
Da li ste imali temperaturu danas?	DA <input type="checkbox"/>	NEMA <input type="checkbox"/>
Da li ste primili vakcinu u poslednje dve nedelje? Ako da, koju: .....	DA <input type="checkbox"/>	NEMA <input type="checkbox"/>
Imate li istoriju alergija ili preosetljivosti na određene supstance ili na druge vakcine?	DA <input type="checkbox"/>	NEMA <input type="checkbox"/>
Uzimate li neke antikoagulantne lekove?	DA <input type="checkbox"/>	NEMA <input type="checkbox"/>
Imate li neke poremećaje krvarenja? (nizak broj belih krvnih zrnaca, neka specifična bolest itd. )	DA <input type="checkbox"/>	NEMA <input type="checkbox"/>
Jeste li sada trudni?	DA <input type="checkbox"/>	NEMA <input type="checkbox"/>
Da li dojite?	DA <input type="checkbox"/>	NEMA <input type="checkbox"/>

U danima i nedeljama nakon vakcinacije, možete, ako je potrebno, prijaviti neželjeni efekat. Ovo će trajati samo oko 10 minuta na portalu za prijavljivanje nepovoljnih zdravstvenih nuspojava [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr). Takođe možete da razgovarate sa svojim lekarom.

Detalji identiteta prikupljeni pomoću ovog upitnika biće integrisani sa obradom ličnih podataka "SI Vaccin Covid" koju zajedno sprovode Ministère des Solidarités et de la Santé i Caisse nationale d'assurance maladie. To će biti isključivo u svrhu organizovanja, praćenja i usmeravanja kampanja vakcinacije Covid-19. Za više informacija o ovoj obradi i ostvarivanju vaših prava pogledajte obaveštenja o informacijama dostupnim u vašem centru. Kopija upitnika će biti uskladištena tri meseca nakon datuma zakazivanja.



## COVID-19 தடுப்பூசிக்கான கேள்வித்தாள்



குடும்பப் பெயர்: .....

முதல் பெயர்: .....

பிறந்த தேதி: .....

சமூகப் பாதுகாப்பு எண்: .....

உங்களுக்கு வேறு ஏதேனும் குறிப்பிட்ட ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட நோய் இருக்கிறதா? (பின்பக்கத்தில் இருக்கும் பட்டியலைப் பார்க்கவும்) ஆம்  இல்லை

கடந்த மூன்று மாதங்களில் (PCR அல்லது ஆன்டிஜென்) பரிசோதனையில் உறுதிசெய்யப்பட்டுள்ளதா? ஆம்  இல்லை

இன்று காய்ச்சல் இருந்ததா? ஆம்  இல்லை

கடந்த இரண்டு வாரத்திற்குள் தடுப்பூசி போட்டுக்கொண்டீர்களா? ஆம் என்றால், எது: .....

சில பொருட்களுக்கு அல்லது மற்ற தடுப்பூசிகளுக்கு ஒவ்வாமை அல்லது மிகையுணர்வு இருக்கிறதா? ஆம்  இல்லை

நீங்கள் இரத்த உறைவுத்தடுப்பு மருந்துகள் ஏதாவது எடுக்கிறீர்களா? ஆம்  இல்லை

இரத்தக் கசிவு கோளாறு ஏதும் இருக்கிறதா? (குறைந்த இரத்த அணுக்களின் அளவு, வேறு குறிப்பிட்ட நோய் போன்றவை) ஆம்  இல்லை

நீங்கள் கர்ப்பமாக இருக்கிறீர்களா? ஆம்  இல்லை

நீங்கள் தாய்ப்பால் ஊட்டுகிறீர்களா? ஆம்  இல்லை

தடுப்பூசிப் போட்டுக்கொண்ட ஒரு சில நாட்களில் அல்லது வாரங்களில், பக்க விளைவுகள் ஏற்பட்டால், நீங்கள் அதைப் பதிவு செய்யலாம். இந்த இணையதளத்தில் அதைப் பதிவு செய்வதற்கு 10 நிமிடங்கள் தான் ஆகும்: [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr). தேவைப்பட்டால் உங்கள் மருத்துவரிடம் ஆலோசிக்கலாம்.

இந்த கேள்வித்தாள் மூலம் சேகரிக்கப்பட்ட விவரங்கள், பிரான்ஸ் சுகாதார அமைச்சகம் மற்றும் தேசிய சுகாதார காப்பீட்டு நிதியும் இணைந்து செயல்படுத்தும் "SI Vaccin Covid" என்ற தனிப்பட்ட தரவு செயலாக்கத்துடன் ஒருங்கிணைக்கப்படும். இது முழுவதும் COVID-19 தடுப்பூசி போடப்படுவதை காண்காணிக்க மட்டுமே பயன்படுத்தப்படும். இதன் செயலாக்கம் மற்றும் உங்கள் உரிமைகளைப் பயன்படுத்துவது பற்றிய கூடுதல் தகவலுக்கு, உங்கள் மையத்தில் கிடைக்கும் தகவல் அறிவிப்புகளைப் பார்க்கவும். அச்சிடப்பட்ட கேள்வித்தாள் நகல் உங்களது பதிவு தேதியில் இருந்து மூன்று மாத காலம் வரை சேமிக்கப்படும்.

COVID -க்கு எதிராக பாதுகாத்துக்கொள்ளத் தடுப்பூசி



மருந்தாளர் பூர்த்தி செய்ய

வேண்டிய பகுதி தேதி:

கையொப்பம்

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_





MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

Liberté  
Égalité  
Fraternité



## COVID-19 AŞILAMA ANKETİ



Soyisim: .....

İsim: .....

Doğum tarihi:.....

Sosyal güvenlik numarası: .....

En az bir spesifik eş zamanlı hastalık yaşadınız mı? (Arka taraftaki listeye bakın)	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Son üç ayda pozitif bir test (PCR veya antijen) aldınız mı?	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Bugün ateşiniz çıktı mı?	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Son iki hafta içinde aşı oldunuz mu? Evet ise, hangi aşı: .....	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Belirli maddeler ya da diğer aşılarla karşı herhangi bir alerji veya aşırı duyarlılık geçmişiniz var mı?	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Herhangi bir kan sulandırıcı ilaç kullanıyor musunuz?	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Herhangi bir kanama bozukluğunuz var mı? (düşük trombosit sayısı, spesifik hastalık vb.)	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Hamile misiniz?	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>
Emziriyor musunuz?	EVET <input type="checkbox"/>	HAYIR <input type="checkbox"/>

Gerekli olması durumunda, aşılanmayı takip eden günler ve haftalarda, bir yan etki bildirebilirsiniz. Olumsuz sağlık etkilerini portal üzerinden bildirmek yalnızca yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır; [www.signalement.social-sante.gouv.fr](http://www.signalement.social-sante.gouv.fr). Doktorunuzla da görüşebilirsiniz.

Bu anket kullanılarak toplanan kimlik bilgileri, Ministère des Solidarités et de la Santé ve Caisse nationale d'assurance maladie tarafından ortaklaşa uygulanan "SI Vaccin Covid" kişisel veri işleme ile birleştirilecektir. Bunun amacı, yalnızca Covid-19 aşılama kampanyalarının düzenlenmesi, izlenmesi ve yönlendirilmesi olacaktır. Bilgilerin işlenmesi ve haklarınızı kullanma hakkında daha fazla bilgi için lütfen merkezinde bulunan bilgi bildirimlerine başvurun. Anketin basılı kopyası, randevu tarihinizden sonra üç ay boyunca saklanacaktır.

COVID' E KARŞI KORUNMAK İÇİN AŞILAMA



Eczacı için ayrılan alan

Tarih:

\_\_/\_\_/\_\_

İmza