

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



## ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ- ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΓΙΑ COVID-19

<b>Όνομασία Εμβολιαστικού Κέντρου</b>					
<b>Διεύθυνση Εμβολιαστικού Κέντρου</b>					
<b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b> (συμπληρώνεται από εμβολιαζόμενο - επιβεβαιώνεται από Γραμματεία)	<b>Όνοματεπώνυμο Εμβολιαζόμενου</b>	<b>ΑΜΚΑ</b>			
	<b>Στοιχεία Επικοινωνίας (Κινητό Τηλέφωνο)</b>				
<b>ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΑΣ ΝΟΣΗΣΗΣ COVID-19</b> (συμπτωματικής ή όχι)* (Συμπληρώνεται από εμβολιαζόμενο κατά την αναμονή)	Ιστορικό επιβεβαιωμένου κρούσματος COVID-19  <b>1. ΝΑΙ    2. ΟΧΙ</b>	Σε περίπτωση θετικής απάντησης πότε;			
<b>ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ*</b> (οι αναφερόμενες κατηγορίες δεν αποτελούν απαραίτητα αντένδειξη εμβολιασμού)  (Συμπληρώνεται από εμβολιαζόμενο κατά την αναμονή, επιβεβαιώνεται από τον ιατρό)		<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>ΔΕΝ ΞΕΡΩ</b>	
	Αισθάνεστε αδιάθετος σήμερα;				
	Έχετε διαγνωστεί με χρόνια καρδιακό, πνευμονικό, νεφρικό, ή μεταβολικό νόσημα πχ. σακχαρώδη διαβήτη, άσθμα, αιματολογική, διαταραχή, ασπληνία, ανοσοανεπάρκεια, μεταμόσχευση ή έχετε λάβει αγωγή με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα; (Εάν ΝΑΙ υπογραμμίστε το αντίστοιχο νόσημα)				
	Είστε υπό μακροχρόνια αγωγή με αντιπηκτικά ή ασπιρίνη;				
	Σας χορηγήθηκε κάποιο εμβόλιο τις 2 προηγούμενες εβδομάδες;				
	Είχατε παρουσιάσει στο παρελθόν επεισόδιο σοβαρής αναφυλαξίας, που χρειάστηκε αγωγή με ενέσιμα φάρμακα (αδρεναλίνη, κορτιζόνη) ή νοσηλεία;				
Είστε έγκυος; (Εάν ΝΑΙ συστήνεται εμβόλιο mRNA)					
<b>ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ</b> (Συμπληρώνεται από τον ιατρό. Σε περίπτωση αντένδειξης δεν επιτρέπεται ο εμβολιασμός)	Είχατε γενικευμένη αντίδραση (σε δέρμα, αναπνευστικό, γαστρεντερικό, κυκλοφορικό) σε προηγούμενη δόση εμβολίου COVID-19; (δεν αφορά τοπικά συμπτώματα πχ. πόνος, ερύθημα) (Εάν ΝΑΙ υπογραμμίστε τα αντίστοιχα συστήματα)				
<b>ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ &amp; ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ - ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ</b>					