



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

## Σύντομο ερωτηματολόγιο πριν τον εμβολιασμό ενηλίκων

Όνομα Ασθενούς:

Ημερομηνία Γέννησης:

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

Οι ακόλουθες ερωτήσεις μας βοηθούν να προσδιορίσουμε εάν μπορείτε να εμβολιασθείτε σήμερα. Εάν απαντήσετε «ναι» δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι αντενδείκνυται ο εμβολιασμός. Σε περίπτωση που κάποια ερώτηση δεν είναι κατανοητή, μπορείτε να ζητήσετε επεξήγηση.

	Ναι	Όχι	Δεν Ξέρω
1. Αισθάνεστε αδιάθετος σήμερα;			
2. Έχετε κάποια γνωστή αλλεργία σε φάρμακα, τρόφιμα, κάποιο συστατικό εμβολίου ή στο καουτσούκ;			
3. Είχατε ποτέ κάποια σημαντική αντίδραση μετά από εμβολιασμό;			
4. Έχετε κάποιο χρόνιο καρδιακό, πνευμονικό, νεφρικό ή κάποιο μεταβολικό νόσημα (π.χ. σακχαρώδη διαβήτη), άσθμα, αιματολογική διαταραχή, ασπληνία, ανοσοανεπάρκεια, μεταμόσχευση ή έχετε λάβει αγωγή με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα;			
5. Είστε υπό μακροχρόνια αγωγή με αντιπηκτικά ή ασπιρίνη;			
6. Είστε έγκυος;			
7. Λάβατε κάποιο άλλο εμβόλιο τις προηγούμενες 4 εβδομάδες;			
8. Έχετε διαγνωστεί με COVID-19;			

Το έντυπο συμπληρώθηκε από: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

Το έντυπο ελέγχθηκε από: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

(επαγγελματίας υγείας)