



Lincoln-Lancaster County  
Health Department

# Контрольний перелік питань щодо протипоказань до вакцинації для дорослих

Ім'я пацієнта \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
місяць день рік

**Для пацієнтів:** Наступні запитання допоможуть нам визначити, які вакцини ви може отримати сьогодні. Якщо ви відповідаєте «так» на будь-яке запитання, це необов'язково означає, що вам не слід вакцинуватися. Це лише означає, що ми маємо поставити вам більше запитань. Якщо запитання не зрозуміле, попросіть вашого медпрацівника пояснити його.

**Adult:**  **Private Pay**  **Refugee**  **AGR37**

		Так	Ні	Не знаю
1	Чи взяли ви з собою карту вакцинації?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Чи ви хворі сьогодні?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Чи ви маєте алергію на лікарські препарати, продукти харчування, компоненти вакцини або латекс?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Чи була у вас будь-коли серйозна реакція після отримання вакцини?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Чи маєте ви довготривалі проблеми з легенями, серцем, нирками або порушення обміну речовин (наприклад, цукровий діабет), астму, порушення згортання крові, недостатність компонентів системи комплементу, кохлеарний імплант, витік спинномозкової рідини або у вас відсутня селезінка? Чи перебуваєте ви на довгостроковому лікуванні аспірином?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Чи маєте ви онкологічне захворювання, лейкемію, ВІЛ/СНІД або будь-яку іншу проблему з імунною системою?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Чи у ваших батьків, брата або сестри є проблеми з імунною системою?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Чи приймали ви за останні 6 місяців лікарські препарати, що впливають на імунну систему, як-от преднізон, інші стероїди або протипухлинні ліки; лікарські препарати для лікування ревматоїдного артриту, хвороби Крона чи псоріазу або чи піддавалися ви променевій терапії?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Чи був у вас епілептичний напад або хвороба головного мозку або інша хвороба нервової системи?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Чи діагностували у вас будь-коли хвороби серця (міокардит або перикардит) або чи перенесли ви мультисистемний запальний синдром у дорослих або у дітей (MIS-A або MIS-C) після зараження вірусом, що викликає COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Чи отримували ви імунний (гама) глобулін, кров/препарати крові або антивірусні препарати в минулому році?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Чи ви вагітні або чи є вірогідність, що ви завагітнієте упродовж наступного місяця?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Чи отримували ви будь-які вакцини упродовж останніх 4 тижнів?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Чи почували ви будь-коли запаморочення або слабкість до, під час або після вакцинації?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Чи хвилюєтеся ви щодо сьогоднішньої вакцинації?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Я отримав або прочитав Інформаційний бюлетень вакцини. <input type="checkbox"/> (поставте позначку)		Відмовився від Інформаційного бюлетеня вакцини <input type="checkbox"/> (поставте позначку)
Дата	Підпис особи, яка отримала імунізацію(-і)/вакцинацію(-і), або особи, уповноваженої на запит послуг (один з батьків/опікун, якщо дитина молодше 19 років)	Спорідненість (якщо підпис ставить не отримувач вакцини)
Ім'я перекладача (за необхідності)	Підпис перекладача (за необхідності)	Мова, з якої здійснювався переклад (за необхідності)



\*\*\* NOTE: This statement expires 14 days after the date this form is signed.  
www.immunize.org/catg.d/p4060.pdf item #P4060 (10/20) Ukrainian

06/2024