

D: =N9F!6=CBH97< COVID-19

MODERNA COVID-19

NUVAXOVID COVID-19

名 \_\_\_\_\_ 姓 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 第一次接种疫苗的日期 \_\_\_\_\_

从第一次给药时进行的回忆调查，是否有任何变化（怀孕、哺乳期、SARS-Cov-2感染检测结果、新疗法等...）？

有  没有

（如果是，请说明变化）： \_\_\_\_\_

接种第一剂疫苗后，您是否在给药部位出现了局部反应（瘙痒、红斑、水肿等...）？  有  没有

如果是，请说明反应： \_\_\_\_\_

给药至不良反应发生的时间： \_\_\_\_\_

**如果发生不良反应，还请填写以下部分**

以前对疫苗的不良反应：  有  没有

如果是，请写下给您带来不良反应的疫苗名称： \_\_\_\_\_

不良反应类型 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

以前不明原因的严重过敏反应（过敏反应）：  有  没有

如果是，请写下不良反应类型 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

既往药物不良反应：  有  没有

如果是，

• 药物名称 \_\_\_\_\_ 不良反应类型 \_\_\_\_\_

• 药物名称 \_\_\_\_\_ 不良反应类型 \_\_\_\_\_

• 药物名称 \_\_\_\_\_ 不良反应类型 \_\_\_\_\_

您患有系统性肥大细胞增多症：  有  没有

您是否患有“不受控制的”支气管哮喘，即尽管进行了基本治疗，但仍需要频繁使用（> 2-3 次/周）沙丁胺醇喷雾剂？

有  没有

日期与地点： \_\_\_\_\_ 日 / \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 年， \_\_\_\_\_

医疗保健/疫苗接种操作员签名： \_\_\_\_\_

收集病史的医疗保健经营者的结论：

无需预防措施即可接种疫苗的人

在医院环境中接种疫苗的人，观察 30 分钟

医疗保健专业人员的签名： \_\_\_\_\_

注意：如果在第一剂给药后出现局部反应甚至广泛，则有必要通过将等待时间延长至 30 分钟而不采取进一步预防措施进行接种（文件 SIAAIC / AAIITO, 2021）；如果怀疑全身过敏反应，请送到受保护的过敏环境。

为了社会和卫生设施的客人的利益，这种为接种第二剂 Covid-19 疫苗而准备的病历表可由与患者接触的医疗保健专业人员在接种第一剂疫苗后的几天内填写。