

Név:

Születési ideje:

Beadandó oltóanyag:

Kérdőív felnőttek olthatóságának elbírálásához

Az alábbi kérdések segítségével fogjuk meghatározni, hogy ma milyen védőoltást kaphat. Ha minden kérdésre „igen” a válasza, az nem feltétlenül jelenti azt, hogy nem oltható. Az mindössze annyit jelez, hogy további kérdéseket kell Önnek feltenni. Amennyiben a kérdések megválaszolásához segítségre van szüksége, kérjük, forduljon az orvosához.

	Igen	Nem	Nem tudom
1. Nem érzi magát betegnek? Nem lázas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Volt beteg az elmúlt 4 héten belül?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Allergiás bármilyen gyógyszerre, élelmiszerre, oltóanyag összetevőjére vagy a latexra (pl. gumikesztyű)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vérvétel vagy oltás során volt már rosszulléte, pánikrohama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Van tartós betegsége? (cukorbetegség, asztma, szív-, tüdő -, vesebetegség stb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nem vár tervezett műtétre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Szenved-e az alábbi állapotok valamelyikében: daganatos betegség, leukémia, autoimmun betegség, HIV/AIDS vagy más immunrendszeri probléma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Az elmúlt 3 hónapban kapott-e az immunrendszerét gyengítő kezelést, mint például kortizon, prednizon, egyéb szteroidok, immunbiológiai készítmények vagy daganatellenes szerek, ill. sugárkezelés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Volt valaha görcsroham, agyi vérellátási vagy egyéb idegrendszeri problémája?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kapott az elmúlt egy évben vérátömlesztést, egyéb vérkészítményt, immunglobulint (gamma globulint) vagy vírusfertőzés elleni készítményt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hölgyek számára: Várandós, vagy tervez várandósságot 1 hónapon belül?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kapott védőoltást az elmúlt 4 héten belül?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kapott oltást az elmúlt 5-10 évben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Van oltási könyve?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Az oltóanyagról kapott felvilágosítást megértettem, az oltóanyag beadását kérem. Tudomásul veszem, hogy az oltást követően még 30 perc megfigyelés javasolt, ezt az időt az orvosi rendelőben töltöm. Csak saját felelősségemre távozhatok.</p> <p>Aláírás:</p> <p>Dátum:</p>			